



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el
adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de
Salud Familiar 2014-2015**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

AUTOR

Martha Brígida MARTINA CHÁVEZ

ASESOR

Juan Alberto PERALES CABRERA

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Martina M. Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015 [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina / Unidad de Posgrado; 2018.



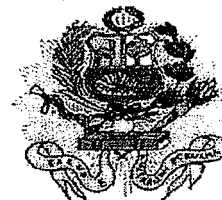
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POST GRADO

SECCIÓN DOCTORAL



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

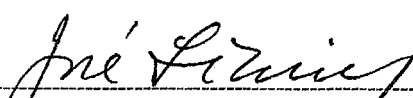
En la ciudad de Lima, a los veintiocho días, del mes de setiembre del año dos mil dieciocho, siendo las 12.00 m., ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del **Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO**, y los Miembros del mismo, los Doctores:

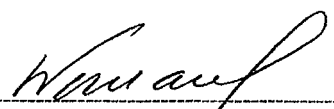
Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO	PRESIDENTE
Dr. JORGE ODON ALARCÓN VILLAVARDE	MIEMBRO
Dr. JOSÉ LUIS LI NING ANTICONA	MIEMBRO
Dra. ALICIA JESÚS FERNANDEZ GIUSTI	MIEMBRO
Dr. JUAN ALBERTO PERALES CABRERA	ASESOR

El postulante al Grado de Doctor en Ciencias de la Salud, es Magíster en Educación con mención en Administración de la Educación Universitaria, **doña. Martha Brígida Martina Chávez**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: **Depresión, Alcoholismo y Violencia Conyugal en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 -2015"**, para optar el grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

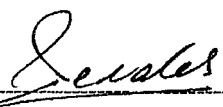
Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación **"A" Excelente 19 (diecinueve)** a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister: **Martha Brígida Martina Chávez**, el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Se expide la presente Acta en tres originales y siendo la 1:00 pm, horas se da por concluido el acto académico de sustentación.


Dr. JOSÉ LUIS LI NING ANTICONA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


Dra. ALICIA JESÚS FERNANDEZ GIUSTI
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


Dr. JORGE ODON ALARCÓN VILLAVARDE
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


Dr. JUAN ALBERTO PERALES CABRERA
ASESOR DE LA TESIS DE SUSTENTACIÓN


Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

**Depresión, Alcoholismo y Violencia Conyugal en el
adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de
Salud Familiar 2014-2015.**

DEDICATORIA

*A mis padres Oswaldo y Yolanda[†]
por su fuerza inspiradora, amor y estímulo permanente
en cada logro de mi vida.*

*A mis hermanos, mi familia y amigos por estar siempre
presentes y alentándome en cada logro personal,
profesional y académico de mi vida.*

*A mi querida Universidad Nacional Mayor de San Marcos y
mi Facultad de Medicina, mi alma mater,
a las que he dedicado toda mi vida.*

AGRADECIMIENTO

*A DIOS que con su infinito amor me ha permitido alcanzar
esta meta tan ansiada*

*Al Dr Alberto Perales por su asesoría y guía en la
realización de esta investigación.*

*Al Dr Jorge Alarcón Villaverde por sus
acertados consejos.*

*A los Drs César Gutiérrez V. y Miguel Ángel Ara G. con quienes
emprendí una emocionante aventura estadística*

*A mis compañeros de trabajo, amigos y estudiantes, por su paciencia,
estímulo y aliento en el logro de mis sueños y grandes aventuras.*

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xiv
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Situación Problemática	1
1.2 Formulación del Problema.....	7
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos de la Investigación	10
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación.....	12
2.2 Antecedentes de Investigaciones.....	14
2.3 Bases Teóricas	53
2.3.1 Envejecimiento: Tendencias mundiales, definiciones	53
2.3.2 La salud mental: determinantes y su impacto en el adulto mayor	59
2.3.3 Síndrome depresivo: prevalencia, factores de riesgo y medición	63
2.3.4 Consumo problemático de alcohol: magnitud y factores de riesgo	79
2.3.5 Violencia conyugal: definiciones, prevalencia y factores de riesgo.....	89
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	99
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	99
3.2 Hipótesis	107
3.3 Variables de la investigación.....	107
3.4 Operacionalización de las variables.....	108

3.5 Técnica y procedimiento de recolección de datos	115
3.6 Plan de Análisis de datos	116
3.7 Aspectos Éticos.....	117
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	118
4.1 Presentación de los resultados.....	118
4.1.1 Características de la población adulta mayor (ENDES 2014-2015)	118
4.1.2 Prevalencias de Síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal (ENDES 2014-2015)	122
4.1.3 Síndrome Depresivo en Adultos Mayores(ENDES 2014-2015)	123
4.1.4 Consumo Problemático del Alcohol en Adultos Mayores(ENDES 2014-2015)....	130
4.1.5 Violencia conyugal en Adultos Mayores(ENDES 2014-2015)	134
4.1.6 Análisis multivariado de las variables (ENDES 2014-2015)	138
4.2 Discusión de los resultados	145
4.3 Conclusiones.....	166
4.4 Recomendaciones.....	170
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	172
ANEXOS	182
Anexo 01. Cuestionario PHQ-9	183
Anexo 02. Edad de la población adulta mayor por sexo. ENDES 2014-2015.....	184

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de las muestras en los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima Metropolitana del 2002 & 2012.	29
Tabla 2. Comparación de las características de la salud mental del adulto mayor en los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en Lima Metropolitana 2002 & 2012.	30
Tabla 3. Prevalencias de “Depresión”*[sic] Síndrome depresivo en el adulto mayor según algunos investigadores por tamaño de muestra e instrumento empleado.	47
Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la “Depresión”*[sic] Síndrome depresivo en el adulto mayor según algunos investigadores.	48
Tabla 5. Prevalencias y factores de riesgo asociados al “alcoholismo”*[sic] (consumo problemático de alcohol) en el adulto mayor según algunos investigadores	50
Tabla 6. Cuadro Resumen de Prevalencias y factores de riesgo asociados a la Violencia conyugal en el adulto mayor en investigaciones nacionales.....	52
Tabla 7. Episodio depresivo en la población adulta mayor por áreas. Estudio Epidemiológico de Salud Mental 2003, 2008 y 2012.	64
Tabla 8. Factores de riesgo de la Depresión en el Adulto Mayor por autor y criterios de clasificación	73
Tabla 9. Variables socio demográficas de la población adulta mayor. ENDES PERÚ 2014-2015.....	121
Tabla 10. Prevalencia de Síndrome depresivo, Consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015.....	122
Tabla 11. Niveles de Síndrome depresivo en la población adulta mayor según algunas variables socio demográficas. ENDES PERÚ 2014-2015	126
Tabla 12. Factores asociados al Síndrome depresivo en los adultos mayores según ENDES PERÚ 2014 y 2015	129
Tabla 13. Consumo problemático de Alcohol en la población adulta mayor según variables socio demográficas. ENDES PERÚ 2014-2015.....	132

Tabla 14. Factores asociados al Consumo Problemático de Alcohol en los adultos mayores según ENDES PERÚ 2014 y 2015.....	134
Tabla 15. Violencia Conyugal en la población adulta mayor según algunas variables socio demográfica. ENDES PERÚ 2014-2015	136
Tabla 16. Factores asociados a la Violencia Conyugal en los adultos mayores según ENDES PERÚ 2014 y 2015	137
Tabla 17. Análisis Bivariado y multivariado (regresión logística) para el Síndrome depresivo en la población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015 ..	142
Tabla 18. Análisis Bivariado y multivariado (regresión logística) para el Consumo problemático del alcohol en la población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015	143
Tabla 19. Análisis Bivariado y multivariado (regresión logística) para la Violencia conyugal en la población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015 ...	144

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Distribución de la Edad de la población adulta mayor. ENDES PERÚ 2014-2015</i>	119
Gráfico 2. <i>Adultos mayores que cuentan con seguro de salud según lugar de residencia Urbana o Rural. Endes 2014 -2015.</i>	120
Gráfico 3. <i>Prevalencia de Síndrome depresivo, Consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015(%)</i>	123

RESUMEN

OBJETIVO: Estimar la prevalencia y los factores asociados al síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor peruana en base a la ENDES 2014 y 2015.

DISEÑO y METODOLOGÍA: Estudio transversal y comparativo en base al estudio de dos submuestras de dos ENDES consecutivas. Muestra probabilística ponderada de 5270 adultos mayores(ENDES 2014) y 6141 adultos mayores (ENDES 2015). Los datos se obtuvieron del Cuestionario de Salud: Sección VII Salud Mental. Se utilizó el análisis de regresión logística para investigar la asociación entre las variables seleccionadas y el síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal. Se calcularon odds ratios (OR) ajustados e intervalos de confianza del 95%. Para el análisis de los datos se empleó el programa SPSS vs 20.

RESULTADOS: En la población adulta mayor estudiada se halló una prevalencia de síndrome depresivo mayor de 6,7% y 8,1% (ENDES 2014 y 2015), consumo problemático de alcohol de 0,8% y 0,6% (ENDES 2014 y 2015) y violencia conyugal de 1,6% y 0,9% (ENDES 2014 y 2015). El análisis de regresión logística reveló que los adultos mayores mujeres de ambas ENDES tuvieron mayor probabilidad de presentar síndrome depresivo (ENDES 2014: OR=2,02, IC95%:1,5-2,6; y 2015: OR=1,9, IC95%:1,5-2,3). También fueron factores asociados el no contar con instrucción (ENDES 2014: OR=1,4, IC95%: 1,09-1,86; y 2015: OR=1,3, IC95%: 1,02-1,6) y la condición de ser pobres (ENDES 2014: OR=1,9, IC95%: 1,5 - 2,5; y 2015: OR=2,4, IC95%: 1,8–3,2). Los adultos mayores que experimentaron violencia conyugal tuvieron cuatro veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo OR= 4 (IC95%: 1,9- 8,4), el cual solo estuvo presente para el año 2015.

Respecto al consumo problemático de alcohol, los adultos mayores varones tienen hasta 20 veces más probabilidad de consumo problemático de alcohol

que las adultas mayores mujeres (ENDES 2014: OR=20,5, IC95%: 5,6-73,9; y ENDES 2015 OR=16,4, IC95%: 4,8-55,7). Esta probabilidad fue significativamente menor entre los adultos de 75 y más años (ENDES 2014 OR=0,03, IC95%: 0,02–0,43; y ENDES 2015 OR=0,05, IC95%: 0,008–0,43) y entre los de mayor nivel de instrucción (OR=0,18, IC95% 0,04-0,77). En la ENDES 2014 los adultos mayores que experimentaron violencia conyugal tuvieron además 9 veces más probabilidad de presentar consumo problemático de alcohol (OR=9,01, IC95%: 1,23-65,76)

En cuanto a la violencia conyugal, en la ENDES 2014 las adultas mayores mujeres tuvieron 3,29 veces más probabilidad de sufrir violencia conyugal que los adultos mayores hombres (OR 3,29, IC95%: 1,67 – 6,46), del mismo modo, los adultos mayores con síndrome depresivo tuvieron hasta cuatro veces más riesgo que los que no presentaron dicho trastorno (2014: OR 4,01 (IC95% 1,9 – 8,44). En la ENDES 2015 los procedentes del área rural tuvieron más probabilidad de sufrir violencia conyugal que los que residen en la zona urbana (OR 3,17, IC95%: 1,02 – 9,83).

CONCLUSIONES: El problema de salud mental mas frecuente del adulto mayor fue el síndrome depresivo mayor, cuya prevalencia se incrementó de 6,7% (2014) a 8,1% (2015). El riesgo de sufrir síndrome depresivo mayor fue estadísticamente significativo en las mujeres, en los adultos mayores sin instrucción y en los que se encuentran en situación de pobreza. Adicionalmente, el síndrome depresivo estuvo asociado al consumo problemático de alcohol y a la violencia conyugal.

La prevalencia de consumo problemático de alcohol en la población fue menor al 1%, y disminuyó de 0,8% (2014) a 0,6% (2015). El riesgo fue mayor en los varones, los menores de 75 años y los de bajo nivel de instrucción. Del mismo modo, la prevalencia de violencia conyugal en la población adulta mayor fue menor al 1%, y disminuyó de 0,9% (2014) a 0,6% (2015). En la ENDES 2014 la violencia conyugal estuvo asociada a la condición de ser mujer (OR ajustado:3,3) y al padecer de síndrome

depresivo (OR ajustado: 4.0); esta situación cambia en la ENDES 2015, en la que el factor de mayor riesgo es el de residir en zona rural (OR ajustado 3.2).

RECOMENDACIONES: Es imprescindible e importante que el Estado a través del sector salud preste mayor atención a la salud mental del adulto mayor con un enfoque interdisciplinario en los establecimientos del primer nivel de atención, que involucre al entorno familiar. Igualmente es importante disminuir el analfabetismo especialmente de las mujeres, porque es un factor asociado al síndrome depresivo y a la violencia conyugal en este grupo poblacional y porque probablemente los problemas de la salud mental en el adulto mayor, son la punta del iceberg de una vida llena de inequidades y sufrimientos.

Palabras clave: *Síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol, violencia conyugal, adulto mayor, Cuestionario PHQ_9 (DeCS Bireme)*

ABSTRACT

OBJECTIVE: *Estimate the prevalence and factors associated with depressive syndrome, problematic alcohol consumption and marital violence in elderly the older adult population of Peru based on ENDES 2014 and 2015.*

DESIGN and METHODOLOGY: *Cross-sectional and comparative study based on the study of two subsamples of two consecutive ENDES. Weighted probabilistic sample of 5270 older adults (ENDES 2014) and 6141 older adults (ENDES 2015). The data was obtained from the Health Questionnaire: Section VII Mental Health. Logistic regression analysis was used to investigate the association between the selected variables and the depressive syndrome, problematic alcohol consumption and conjugal violence. Adjusted odds ratios (OR) and 95% confidence intervals were calculated. SPSS v.20 was used for the analysis of the data.*

RESULTS: *In the older adult population studied, a prevalence of major depressive syndrome higher than 6.7% and 8.1% was found (ENDES 2014 and 2015), as well as problematic alcohol consumption of 0.8% and 0.6% (ENDES 2014 and 2015) and conjugal violence of 1.6% and 0.9% (ENDES 2014 and 2015). The logistic regression analysis revealed that older adult women of both ENDES were more likely to have depressive syndrome (ENDES 2014: OR = 2.02, 95% CI: 1.5-2.6, and 2015: OR = 1.9, 95% CI: 1.5-2.3). Other associated factors were lack of instruction (ENDES 2014: OR = 1.4, 95% CI: 1.09-1.86, and 2015: OR = 1.3, 95% CI: 1.02-1.6). and poverty (ENDES 2014: OR = 1.9, 95% CI: 1.5-2.5, and 2015: OR = 2.4, 95% CI: 1.8-3.2). Older adults who experienced conjugal violence were four times more likely to have depressive syndrome OR = 4 (95% CI: 1.9-8.4) only ENDES 2015.*

Regarding problematic alcohol consumption, older adults are up to 20 times more likely to experience problematic alcohol consumption than older women

(ENDES 2014: OR = 20.5, 95% CI: 5.6-73.9, and ENDES 2015 OR = 16.4, 95% CI: 4.8-55.7). This probability was significantly lower among adults aged 75 and older (ENDES 2014 OR = 0.03, 95% CI: 0.02-0.43, and ENDES 2015 OR = 0.05, 95% CI: 0.008-0.43).) and among those with the highest level of education (OR = 0.18, 95% CI 0.04-0.77). In ENDES 2014, older adults who experienced spousal violence were also 9 times more likely to have problematic alcohol use (OR = 9.01, 95% CI: 1.23-65.76).

Regarding conjugal violence, in the ENDES 2014, older women were 3.29 times more likely to suffer marital violence than older men (OR 3.29, 95% CI: 1.67 - 6.46). Similarly, older adults with depressive syndrome had up to four times more risk than those who did not have this disorder (2014: OR 4.01 (95% CI 1.9 - 8.44).) In ENDES 2015 those living in rural areas were more likely to suffer spousal violence than those from urban areas (OR 3.17, 95% CI: 1.02 - 9.83).

CONCLUSIONS: The most frequent mental health problem in older adults was major depressive syndrome, whose prevalence increased from 6.7% (2014) to 8.1% (2015). The risk of suffering major depressive syndrome was statistically significant in women, in older adults without education and in those who are live in poverty. Additionally, depressive syndrome was associated with problematic alcohol consumption and marital violence.

The prevalence of problematic alcohol consumption in the population was lower than 1%, and decreased from 0.8% (2014) to 0.6% (2015). The risk was higher in men under 75 years of age and with a low level of education. Likewise, the prevalence of conjugal violence in the older adult population was lower than 1%, and decreased from 0.9% (2014) to 0.6% (2015). In ENDES 2014, conjugal violence was associated with the condition of being a woman (adjusted OR: 3.3) and suffering from depressive syndrome (adjusted OR: 4.0); this situation changes in the ENDES 2015, in which the factor of greatest risk is residing in rural areas (adjusted OR 3.2).

RECOMMENDATIONS: *It is essential and important that the State through the health sector pays greater attention to the mental health of the older adults with an interdisciplinary approach in the establishments of the first level of care, which involves the family environment. It is also important to reduce illiteracy especially among women, because it is a factor associated with depressive syndrome and marital violence in this population group and because probably mental health problems in the older adults might be the tip of the iceberg of a full life of inequities and suffering.*

Key words: *Depressive syndrome, problematic alcohol consumption, conjugal violence, older adult, Questionnaire PHQ_9 (DeCS Bireme)*

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

Abordar el tema del envejecimiento de una población no es solo un asunto del inevitable reloj del tiempo, sino también encierra aspectos de carácter fisiológico, social y cultural. Para algunos expertos en salud, significa un incremento de los costos sanitarios, deficiente calidad de vida, carga familiar, pero también puede considerarse como un éxito de las políticas de salud pública y el espejo de un buen desarrollo socioeconómico de los países.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002) celebrada en Madrid, destacó que en el año 2050 se producirá una transformación demográfica sin precedentes, de tal forma que el número de personas de más de 60 años aumentará de 600 millones a casi 2 000 millones. Este incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que las personas adultas mayores (PAM) se multiplicará por cuatro en los próximos 50 años (Naciones Unidas, 2002). Según la Organización Mundial de la Salud este envejecimiento de la población es más rápido en la actualidad que en años precedentes y compara a Francia que en un período de casi 150 años tuvo que adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de la población mayor de 60 años, con países como

Brasil, China y la India que lo harán en poco más de 20 años (UNFPA, 2011).

En cuanto a la población latinoamericana y caribeña ésta ha experimentado un aumento significativo respecto a las PAM. Entre 1975 y 2000 el porcentaje de las PAM pasó de un 6,5% a un 8,2%. En el 2000 fue de 43 millones de personas, cifra que según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) irá en aumento hacia el año 2025, llegando a un porcentaje cercano al 15%, que supone 100,5 millones. Para 2050 las PAM representarán aproximadamente el 24% de la población, de tal manera que una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más, lo que podría llegar a los 183,7 millones, superando ampliamente las cifras observadas hacia fines del siglo anterior (Naciones Unidas, 2009).

Igualmente se señala que en los países donde el proceso de envejecimiento se encuentra más avanzado —como en Uruguay, Cuba, Chile y varios países caribeños—la proporción de las PAM será superior al 20% en el 2025. En tanto que en -Guatemala, Bolivia, Paraguay, Honduras, Haití, entre otros— que presentan un envejecimiento más tardío, el porcentaje se ubicará alrededor del 10%. En este estudio no aparecen datos sobre el Perú (Naciones Unidas, 2009).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el periodo intercensal 2007 – 2017, la población total se incrementó en 3 millones 16 mil 621 habitantes, equivalente a 301 mil 662 habitantes por año, lo que representó un incremento de 10,7% respecto a la población total del 2007 (28 millones 220 mil 764 habitantes). Ello implica que la población en los últimos diez años ha tenido un crecimiento promedio anual de 1,0%. Respecto a la población de adultos mayores esta se incrementó de 7,0% a 11,9% (2007-2017) y la proporción de la población menor de 15 años disminuyó de 37,0% a 26,4%, lo cual implica que por cada 10

menores de 15 años, cinco son mayores de 60 años de edad(Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018)

Al primer trimestre del año 2018, el 42,2% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En Lima Metropolitana la proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, alcanzó el 43,8%. Los hogares del área rural con un/a adulto/a mayor registraron el 41,6% y en el área urbana ligeramente más bajo con un 41,4%

En el año 2021, año del bicentenario de nuestra independencia nacional superaremos los 33 millones y para el año 2050 se estima que llegará a 40 millones de habitantes. Aunque el ritmo de crecimiento se ha desacelerado, la población ha seguido en aumento y seguirá creciendo por muchos años más. Entre el 2015 y 2021, cada año se sumarán 333 mil nuevas personas(Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015c)

Esta rápida transformación demográfica ha orientado que el foco de atención se dirija hacia el adulto mayor, con los problemas sociales, físicos y mentales, que ello supone, lo cual pone a prueba el nivel de eficiencia de los sistemas sociales y de salud de los países.

En este escenario surgen los problemas de salud mental del adulto mayor, que según numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial afectan en diferente grado de severidad a más del 20% de este grupo etario. Lo más preocupante es que muchas veces dichos problemas pasan desapercibidos, por no ser diagnosticados, o son subtratados.(Tello-Rodríguez, Alarcón, & Vizcarra-Escobar, 2016)

En esa línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015 Nota Descriptiva N°381) señala que los trastornos que afrontan las PAM representan un 17,4% de los años vividos con discapacidad,

constituyendo la demencia y la depresión trastornos neuro psiquiátricos más comunes. Este organismo internacional señala que la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de las PAM en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las PAM. Se suma a esta problemática, que el personal de salud en el nivel de atención primaria y las propias personas adultas mayores no son conscientes de la existencia de los problemas de salud mental, y que el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda. El informe señala que en los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera.

La depresión en la población adulta mayor es uno de los trastornos mentales de mayor estudio, sin embargo, las investigaciones difieren en aspectos como la definición de depresión, los instrumentos de medición, el tamaño y tipo de muestreo y las características de los sujetos de estudio (si son institucionalizados o si viven en comunidad). En nuestro país si bien existen investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013) sin embargo, no existen investigaciones que hayan trabajado con muestras representativas de carácter nacional.

Un segundo trastorno en la salud mental de las personas adultas mayores está constituido por el consumo de alcohol, poco estudiado en este grupo poblacional y mucho menos con información de carácter nacional. El interés de los investigadores se ha centrado en el estudio de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la tercera edad (Solís, Vélez, & Berumen, 2000); como la asociación entre el factor socioeconómico y el consumo excesivo de alcohol en una cohorte de adultos mayores (Iparraguirre, 2015); o también como el perfil de consumo de alcohol en adultos mayores que participaban en los viajes “Vacaciones Tercera Edad”(Chun-Bin et al., 2014); otros,

han estudiado el consumo y abuso de alcohol en muestras muy pequeñas(37PAM) (Maldonado et al., 2010); éstas y otras investigaciones, emplearon diferentes definiciones, diferentes instrumentos de medición, por lo tanto, arribaron a diferentes conclusiones, lo cual también dificulta las comparaciones.

Un tercer trastorno que afecta a la sociedad en su conjunto, es la violencia conyugal, igualmente poco estudiado en el ámbito nacional y que permanece invisible en el grupo de la tercera edad. Las investigaciones difieren en sus resultados. Con relación al sexo, hay controversias, mientras que en algunas investigaciones se reafirma la victimización femenina de la violencia (*violencia del hombre hacia la mujer*) (Cardoso-Núñez, Mejías-Alvarez, Macías-Peña, & Amaro-Hernández, 2004), (Baeza & Poblete, 2006); (Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales, & Gálvez, 2011); (Viviano, 2008), en otros, se destaca la violencia hacia los adultos mayores varones (De Oliveira, Leonardo, Rodrigues, & Aparecida, 2008).

Como perpetrador del maltrato al adulto mayor aparece el esposo, (Rodriguez et al., 2009a) y también los familiares (Cardoso-Núñez et al., 2004), (De Oliveira et al., 2008), (Taurino, Curcio, Alvarado, Zunzunegui, & Guerra, 2015), (Martina et al., 2011). En algunos estudios se ha encontrado que el maltrato del adulto mayor está asociado a la dependencia económica(Baeza & Poblete, 2006), en otros asociado con el consumo habitual de alcohol(Rodriguez et al., 2009b) o asociado al bajo nivel de escolaridad (Martina et al., 2011); (Viviano, 2008).

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante ocho años, a partir del 2002, ha desarrollado investigaciones sobre salud mental en diferentes áreas geográficas del país, Lima Metropolitana, Lima Rural, Sierra y Selva Rural; así como en cuatro grupos poblacionales: adolescentes, adultos, adultos

mayores y mujeres unidas. Estas investigaciones han puesto en evidencia referentes estadísticos que merecen especial atención por la especialidad y el alcance de los mismos. En el 2012 (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013) se replicó el Estudio Epidemiológico de Salud Mental para Lima Metropolitana y Callao del 2002 en 1482 adultos mayores, éste último estudio reportó una prevalencia anual de bebedor riesgoso de alcohol de 5,1%, entendido como aquel que durante un año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte); la de consumo perjudicial y la dependencia al alcohol llegaron al 0,8%, según criterios de investigación de la CIE-10. En cuanto a maltrato, abuso y violencia al adulto mayor, el 5,9% fue víctima de alguna forma de maltrato en el último año, y el 1,7% sufrió maltrato sistemático. Los tipos más frecuentes de maltrato fueron los insultos, las agresiones verbales y las ofensas. El 11,8% de adultos mayores reconoció padecer algún problema de salud mental. De este porcentaje, solo el 32,8% buscó atención.

No obstante esta realidad crucial y de impacto en la población adulta mayor, en nuestro país no existen investigaciones de ámbito nacional que hayan estudiado la salud mental en este grupo poblacional de alto riesgo, ya sea porque la salud mental no está entre las prioridades del sector salud, por los altos costos que conllevan investigaciones sobre esta temática o por no contar con personal especializado.

Considerando que existe información disponible, no analizada, producida por un organismo estatal de reconocido prestigio, como es el Instituto Nacional de Estadística e Informática que ha incorporado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES- (desde el 2014) el Módulo de Salud Mental, que incluye la depresión, consumo de alcohol y violencia conyugal en mayores de 15 años (los adultos mayores constituyen una submuestra de este grupo), es que se ha tomado la decisión de analizar esta información y como resultado de

ello, se sugieren políticas en beneficio de la población adulta mayor de nuestro país. Si bien, se trata de una fuente de datos secundaria, la ENDES 2014 y 2015 brinda a los investigadores una oportunidad de estudio objetivo y confiable por la rigurosidad del marco muestral que emplea, por los estándares metodológicos y tecnológicos de calidad que ofrece, de esa forma se puede hacer visible lo invisible, objetivo lo subjetivo. Esta investigación no sólo abordará algunos factores asociados a estos problemas de salud pública sino que también al tomar dos ENDES 2014 y 2015, se podrán realizar comparaciones que puedan mostrar ciertas tendencias.

Lo expuesto anteriormente conlleva el planteamiento de las siguientes interrogantes de investigación:

1.2 Formulación del Problema

- a) ¿Cuál es la prevalencia del síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015?
- b) ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población adulta mayor peruana que presenta síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015?
- c) ¿Constituyen la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el contar con pareja, el lugar de residencia, la situación económica, contar con seguro de salud y la discapacidad, factores asociados a la presencia de síndrome depresivo o consumo problemático del alcohol o violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015?

- d) ¿Existe asociación entre el síndrome depresivo, el consumo problemático de alcohol y la violencia conyugal en la población adulta mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015?

1.3 Justificación

Los siguientes argumentos sustentan la realización de la presente investigación:

- La población adulta mayor es un grupo vulnerable que merece la atención de la comunidad científica y política. En esa línea, en la Segunda Conferencia Regional de Brasilia(Naciones Unidas, 2007) se recomendó que es importante *“recopilar y documentar experiencias y conocimientos sobre salud mental, así como continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de morbilidad y discapacidad generada por los trastornos mentales”*
- Si bien contamos con un bono demográfico a nuestro favor, la sociedad peruana tiene que prepararse desde ahora para atender las demandas específicas de este grupo, adecuando sus sistemas de salud. La importancia de este panorama es que el país cuenta con un lapso durante el cual se pueden realizar las previsiones en la política pública para atender las demandas y oportunidades que plantean las transformaciones de los grupos de jóvenes y adultos, *“esto debería realizarse antes de que el envejecimiento de la población empiece a operar como una fuerza en contra”*(UNFPA, 2012)
- El informe de la OPS sobre epidemiología de los trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe, ha revelado que en

una revisión bibliográfica de 10 años (1999-2008) la mayoría de las investigaciones han sido realizadas en entornos de tratamiento, con muestras no representativas, más no, en el nivel de la población en general. Tales datos son difíciles de extrapolar a la población en su totalidad y no son de demasiada utilidad para evaluar los factores de riesgo y de pronóstico, ni para diseñar intervenciones poblacionales(Organización Panamericana de la Salud, 2009).

- La Organización Mundial de la Salud (2013) señala que es importante visibilizar la salud mental del adulto mayor a fin de poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; igualmente señala que es necesario realizar investigaciones sobre salud mental en el adulto mayor, porque de no identificarlos no se podrá enfrentarlos(Organización Mundial de la Salud, 2013).
- En nuestro medio no hay investigaciones a nivel nacional que hayan estudiado el síndrome depresivo, el consumo problemático de alcohol y la violencia conyugal en la población adulta mayor. Las investigaciones reportan una probable asociación entre consumo problemático de alcohol y violencia conyugal, que es necesario estudiar.
- El Instituto Nacional de Estadística e Informática utiliza los más altos estándares metodológicos y tecnológicos para la producción y difusión de estadísticas oficiales, por lo tanto, los resultados del análisis de la ENDES 2014 y 2015 proporcionará información confiable acerca de la salud mental del adulto mayor(síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia física).

1.4 Objetivos de la Investigación

Objetivos Generales

- a) Estimar la prevalencia del síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015.
- b) Determinar las características socio demográficas de la población adulta mayor peruana que presenta síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015
- c) Determinar si la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tener pareja, el lugar de residencia, la situación económica, el contar con un seguro de salud y la discapacidad, constituyen factores asociados a la presencia de síndrome depresivo, consumo problemático del alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015
- d) Determinar si existe asociación entre el síndrome depresivo, el consumo problemático de alcohol y la violencia conyugal en la población adulta mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015

Objetivos específicos

- a) Estimar la prevalencia de síndrome depresivo en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015.
- b) Estimar la prevalencia de consumo problemático de alcohol en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015.
- c) Estimar la prevalencia de violencia conyugal en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015.
- d) Describir la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tener pareja, el lugar de residencia, la situación económica, el contar con

seguro de salud y la discapacidad en la población adulta mayor con síndrome depresivo según la ENDES 2014-2015.

- e) Describir la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tener pareja, el lugar de residencia, la situación económica, el contar con seguro de salud y la discapacidad en la población adulta mayor con consumo problemático de alcohol según la ENDES 2014-2015.
- f) Describir la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tener pareja, el lugar de residencia, la situación económica, el contar con seguro de salud y la discapacidad en la población adulta mayor con violencia conyugal según la ENDES 2014-2015.
- g) Determinar si la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tener pareja, el lugar de residencia, la situación económica, el tener seguro de salud y la discapacidad son factores asociados al síndrome depresivo en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015.
- h) Determinar si la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tener pareja, el lugar de residencia, la situación económica, el tener seguro de salud y la discapacidad son factores asociados al consumo problemático del alcohol en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015.
- i) Determinar si la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tener pareja, el lugar de residencia, la situación económica, el tener seguro de salud y la discapacidad son factores asociados a la violencia conyugal en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015.
- j) Determinar como interaccionan el síndrome depresivo, el consumo problemático de alcohol y al violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según la ENDES 2014 y 2015.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación

El presente estudio se sustenta en la conceptualización de dos fenómenos demográficos: el envejecimiento de la población y los determinantes de la salud aplicado a la población adulta de 60 y más años de edad, que ponen de relieve el problema del adulto mayor y la importancia de tomar medidas oportunas para mejorar su calidad de vida.

Esta investigación se centra en el estudio de la salud mental en la población adulta mayor peruana a partir de la información de las ENDES con un enfoque cuantitativo. Es innegable que estamos inmersos en una realidad que corresponde al envejecimiento de la población que es un proceso intrínseco de la transición demográfica, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes e incrementar los sectores con edades más avanzadas. Es así, que la natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado. La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37,6 a 22,7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19,6 defunciones por cada mil habitantes a 9,2 en

el mismo período. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En relación a lo anterior ha surgido lo que se denomina el bono demográfico, fenómeno de la población por el cual la proporción de jóvenes menores de 20 y mayores de 65 años ("dependientes") es menor en relación con la población en edad de trabajar ("activas"). Mientras la población activa (que sostiene a la dependiente) es más amplia, pero también es más productiva y cuenta con mayor capital humano, la "carga" que soportarán será menor. El bono demográfico para el Perú (UNFPA, 2012) habría comenzado en 2005 y se extendería por 42 años, aproximadamente hasta 2047. Junto con Brasil y Venezuela, el de Perú es el período de bono demográfico más prolongado de la región.

En nuestro país el proceso de transición demográfica se puede calificar de intermedio en cuanto a su inicio y la intensidad de los cambios frente al resto de países de América Latina y El Caribe, *"... el peso relativo del grupo más joven (menores de 15 años) viene disminuyendo desde el período 1965-1970, como consecuencia directa del descenso de la fecundidad. Correlativamente, y dado que la población adulta mayor permanece en niveles bajos, el peso del grupo de personas en edad de trabajar (15-59 años) empieza a aumentar notoriamente desde esas mismas fechas. partir del presente quinquenio (2010-2015), la población joven del Perú empieza a descender en valores absolutos"* (UNFPA, 2012).

Este bono demográfico es una oportunidad que debe aprovecharse y materializarse mediante la adopción de políticas económicas y sociales adecuadas, fundamentalmente las encaminadas a ampliar las oportunidades educativas y de empleo productivo. Es cierto

también que los perfiles de gasto en salud dependen de la estructura demográfica y de la situación epidemiológica de las regiones, en la medida que se avance en transición epidemiológica y envejecimiento, habrá un mayor peso de las enfermedades cardiovasculares, crónicas, trastornos en la salud mental de los adultos mayores, cuyo tratamiento encierra más complejidad y costo. Por lo tanto, debemos planificar con la suficiente anticipación como enfrentaremos las próximas décadas.

2.2 Antecedentes de Investigaciones

En concordancia con los objetivos de la investigación, a continuación se expone los informes de los organismos internacionales acerca de la salud mental del adulto mayor, el abordaje de los investigadores extranjeros y nacionales y también aquellos estudios que han hecho uso de encuestas nacionales como la ENDES tanto en el extranjero como en nuestro país. Al final de esta sección se presenta un análisis resumido de las investigaciones revisadas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2017) respecto a la salud mental de los adultos mayores ha revelado que más de un *“20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo se atribuye a trastornos mentales y neurológicos. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad”*. Entre los trastornos mentales y neurológicos más frecuentes en este grupo poblacional destacan la demencia y la depresión, que a escala mundial afectan aproximadamente al 5% y al 7% respectivamente, de la población de adultos mayores.

Una de las respuestas más importantes de la Organización Mundial de la Salud sobre la carga mundial de trastornos

mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países miembros ha sido la aprobación de un Plan de Acción integral sobre salud mental 2013-2020 (Organización Mundial de la Salud, 2013). En este plan de acción, la expresión «trastornos mentales» *se utiliza para referirse a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas de Salud Conexas, décima revisión (CIE-10). Entre ellos se incluyen trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, incluido el autismo.*

Este Plan de Acción señala como factores determinantes de la salud mental y de los trastornos no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los adultos mayores, las personas sometidas a discriminaciones, entre otros grupos. Igualmente se señala como factores de riesgo el bajo nivel socioeconómico y el consumo de alcohol.

Esta situación descrita anteriormente, ha determinado que este Plan de Acción global (Organización Mundial de la Salud, 2013) tenga como objetivos:

- *reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;*
- *proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;*
- *poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;*
- *fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.*

A nivel de América Latina y el Caribe, se revela que solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, y que esta situación afectan en mayor grado a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos, para quienes los servicios son más escasos(Organización Panamericana de la Salud, 2009).

La salud mental ha sido abordada desde diferentes perspectivas, se le ha relacionado con desórdenes que afectan las esferas neurocognitiva, afectiva y onírica(Tello-Rodríguez et al., 2016). Es por ello, que muchos investigadores al estudiar la salud mental del adulto mayor, han elegido de manera asilada los trastornos afectivos como depresión, ansiedad, problemas con el consumo de sustancias (alcohol) o con la violencia.

En el caso de la depresión algunos investigadores lo han definido como SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA(Escobar-Bravo, Botigué-Satorra, Jurschik-Giménez, Nuin-Orrio, & Blanco-Blanco, 2013), como RIESGO DE DEPRESIÓN(Segura-Cardona, Cardona-Arango, Ángela, & Garzón-Duque, 2015) o como simplemente

DEPRESIÓN en el adulto mayor, (Serra & Irizarry, 2015), (Borda et al., 2013), (Aldana & Pedraza, 2012), (Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga, & Rojas-Farreras, 2013), (Zavala et al., 2011), (Llanes, López, Vásquez, & Hernández, 2015).

Otros investigadores, en función del instrumento elegido, lo han tipificado como TRASTORNO DEPRESIVO (Berenzon-Gorn, Tiburcio-Sainz, & Medina-Mora, 2005), (Balmón-Cruz & Dorado-Primo, 2004); como SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (Cassiani-Miranda, 2015); ó SÍNTOMAS DEPRESIVOS (Flores-Pérez, 2012); y, finalmente quienes han empleado el PHQ9(*Patient Health Questionnaire*) lo han definido como SÍNDROME DEPRESIVO(mayor y menor) (Baader et al., 2012). A continuación un resumen de cada una de ellas.

Entre las investigaciones realizadas en el extranjero que han abordado la depresión en el adulto mayor con algunos factores asociados, destacan:

Rico Serra & Irizarry (2015) investigaron los factores protectores de la depresión en una muestra de 45 participantes con edades entre 60 y 86 años que no residían en el área metropolitana de San Juan, Puerto Rico, de los cuales el 57,8% residía en zona rural y 42,2% en zona urbana. El estudio fue descriptivo correlacional. Las variables seleccionadas fueron estado civil, con quién residen y el sexo, en relación con la autoeficacia y los síntomas depresivos. Utilizaron la Escala Autoevaluativa de la Depresión de Zung (1965) y la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996). Sus resultados sugieren que altos niveles de escolaridad y autoeficacia son factores protectores de la depresión en los adultos mayores, mientras que la viudez es un factor de riesgo(Serra Taylor & Irizarry-Robles, 2015).

Llanes et al. (2015) investigaron los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. El estudio fue exploratorio, descriptivo que se realizó de enero a diciembre del 2012, en el Policlínico Docente “Felipe Poey”, área de salud de Nueva Paz, en una muestra no probabilística de 146 adultos mayores. Aplicaron el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage(15 ítems). Los resultados destacan como factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, la mayor edad, (aquellos que tienen entre 75 a 79 años(26,04%); el temor a la muerte(78,08%); la inadaptación a la jubilación(70,54%), la violencia psicológica(67,12%); la necesidad de comunicación social(56,85%)(Llanes et al., 2015).

Borda et al. (2013) realizaron una investigación sobre depresión en adultos mayores en cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia) con el objetivo de determinar la prevalencia y factores de riesgo en una muestra de 66 adultos a quienes les aplicaron una encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. El estudio fue descriptivo transversal, de casos y controles. Los principales resultados revelaron una prevalencia de depresión de 36,4% predominando la depresión leve(24,2%). Los factores de riesgo identificados fueron el nivel educativo: primaria incompleta OR=1,9 (IC95% 0,02 - 5,43 p=0,0090); y, presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos OR=6,6 (IC 95% 1,21 - 35,9 p=0,0215). Las variables: sexo masculino y ser soltero mostraron asociación significativa. Al contrario, los ingresos económicos menores de un salario mínimo legal vigente, la polifarmacia y el tipo de hogar, mostraron una asociación no significativa. La investigación concluyó que la depresión está en un tercio de la población institucionalizada, que afectó a los adultos mayores con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico(Borda et al., 2013).

Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga, & Rojas-Ferreras (2013) realizaron un estudio con el objetivo de describir la prevalencia de depresión y los factores asociados en octogenarios de una comunidad en una muestra de 220 personas no institucionalizadas de siete centros de atención primaria tanto urbanos como rurales. El estudio fue transversal. Para la medición de la depresión emplearon la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage de 5 ítems (depresión ≥ 2). El diagnóstico de depresión según la GDS fue positivo en un 34,5%(76). Concluyeron que la práctica de ejercicio físico y tener una buena autopercepción de energía se asocian a menor prevalencia de depresión(Sarró-Maluquer et al., 2013).

Escobar B., Botigué S., Jurschik G., Nuin O., & Blanco B. (2013) Investigaron las posibles diferencias de género con la presencia de sintomatología depresiva en personas mayores de 75 años de la comunidad en una muestra aleatoria y estratificada en 628 sujetos. El estudio fue transversal descriptivo. Los síntomas depresivos se midieron con *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D). El 33,1% presentó prevalencia de síntomas depresivos, en los hombres fue del 22,8% y para las mujeres 40,3%. Construyeron modelos de regresión logística para analizar la relación de algunos factores contextuales con el género respecto a los síntomas depresivos. Encontraron que las mujeres y aquellos que solo habían cursado estudios primarios o no tenían instrucción presentaron un mayor riesgo de depresión. Respecto a la comorbilidad no encontraron diferencias estadísticamente significativas. Finalmente concluyeron que los factores protectores de sintomatología depresiva fueron el alto nivel de estudios en las mujeres y la presencia de pareja en el caso de los varones(Escobar-Bravo et al., 2013).

Segura-Cardona, Cardona-Arango, Segura-Cardona, & Garzón-Duque (2012) exploraron la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores del Departamento de Antioquia en una muestra de 4248 adultos mayores ubicados en 37 municipios del departamento de Antioquia. El estudio fue transversal analítico. La depresión fue medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (15 ítems), utilizando como punto de corte de 6 o más, para considerar presencia de síntomas depresivos. La edad promedio de los adultos mayores fue de $71,1 \pm 8,21$ años, con un rango entre 60 y 112 años. El 29,5% presentó riesgo de padecer depresión. El riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; con la poca o nula participación en actividades comunitarias, la percepción de mala calidad de vida y la pérdida de capacidad funcional (Segura-Cardona et al., 2015).

Zavala, Núñez, & colab. (2011), determinaron la tasa de prevalencia de depresión y algunos factores asociados en población adulta de 60 a 75 años de edad en una muestra de 177 adultos mayores seleccionados por muestreo por conglomerado de un total de 4 423 casas y de 11 colonias que conformaban la ciudad de San Lorenzo, Departamento de Valle en Colombia. El estudio fue descriptivo de corte transversal. Emplearon cuatro cuestionarios: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión completa de 30 ítems); la escala de Katz para la valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria (AVD), la escala de Pfeiffer, para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo y un cuarto cuestionario sobre datos generales y demográficos. Las preguntas se realizaron directamente al adulto mayor. Los resultados evidenciaron una prevalencia de depresión de 52,5% (93/177); que comprendió tanto la depresión

establecida 27,7% como la leve 24,8%. Las variables que resultaron altamente significativas fueron el grupo de edad de 60 a 64 años y el de escasos recursos económicos ($p<0,01$); la condición de no contar con pareja(viudos) 35% y la baja escolaridad 73% también resultaron significativos ($p<0,05$); sin embargo, el sexo y la religión, no fueron significativos estadísticamente(Zavala et al., 2011).

Pocos son los estudios que relacionan depresión con intento suicida, en este caso, encontraron que el deseo de muerte estuvo presente en el 39%(70) de las personas adultas mayores al igual que la ideación suicida en un 8%(15).

Martínez Hernández (2007) investigó el comportamiento de la depresión en el adulto mayor del Policlínico Enrique Betancourt Neninger de Matanzas (Cuba) en una muestra de 116 pacientes de 65 años y más. Para la valoración del estado de ánimo depresivo aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y a partir de los resultados obtenidos, aplicó una encuesta para investigar datos sociodemográficos tales como edad, sexo, escolaridad y convivencia. Concluyeron que el 25,4% de los adultos mayores tenían depresión, siendo más frecuente en el sexo femenino, entre los 70-79 años de edad, con un nivel de escolaridad de secundaria. El factor de riesgo psicosocial más frecuente fue la soledad y el desamparo familiar. Igualmente se asociaron a la depresión, las múltiples enfermedades médicas, siendo las osteoartropatías las de mayor frecuencia(Martínez, Rodríguez, Guillot, & Rodríguez, 2007).

Balmón Cruz & Dorado Primo (2004) investigaron la prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria y la presencia de algunos factores asociados en una muestra de 262 adultos mayores de 64 años de edad del Centro de Salud Levante

Sur del SAS en Córdoba. El estudio fue transversal y descriptivo. El instrumento de medición de la depresión fue la Escala de depresión geriátrica GDS-15 de Yesavage. La prevalencia de depresión fue del 24,49%. Concluyeron que el perfil de depresión en la población adulta mayor está caracterizado por la condición de ser mujeres de 72 años, viudas que viven solas, con estudios primarios, que tienen al menos tres enfermedades y que tienen antecedentes depresivos. Por último, afirmaron que existe una elevada prevalencia de depresión geriátrica en el nivel de atención primaria que permanece infradiagnosticada (Balmón-Cruz & Dorado-Primo, 2004).

García Serrano & Tobías Ferrer (2001) estudiaron la prevalencia de los trastornos del ánimo (depresión) en atención primaria y su asociación con algunas variables sociodemográficas en una muestra de 173 pacientes mayores de 64 años que acudieron por voluntad propia a una unidad básica de salud urbana. La depresión fue medida con la escala de Yesavage en su versión completa (30 ítems) dando como resultado una puntuación media de depresión de 9,55 (IC95% 8,68-10,41). La prevalencia de depresión con una puntuación mayor de 15 puntos fue en un 16% (IC95% 13,7-18,3) y con un punto de corte en 10, la prevalencia aumentó hasta un 31% (IC95% 26,5-35,5). Encontraron asociación significativa para el sexo femenino. Según el análisis multivariante, el nivel de estudios bajo ($p=0,006$), la dependencia para una o más de las actividades básicas de la vida diaria ($p=0,008$) y el aislamiento social ($p=0,0008$) fueron las variables que se asocian con una mayor prevalencia a la depresión en el adulto mayor (García Serrano & Tobías Ferrer, 2001).

Guibert Reyes & Trujillo Grás (1999) realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal, en el área de salud urbana atendida por los Policlínicos Docentes Reinay Van Troi, municipio

Centro Habana, provincia Ciudad de La Habana, con el propósito de identificar características psicosociales y sociodemográficas en los adultos mayores que intentaron suicidarse en el quinquenio 1993-1997. La muestra estuvo conformada por 20 adultos mayores residentes permanentes del área y que no presentaron déficit intelectual a los cuales se les aplicó el instrumento desarrollado para tal fin. El 80% fue del sexo femenino, el 50% de los sujetos se concentró en el subgrupo de 60-64 años y la media de edad fue de 66,8 años. Los principales resultados demostraron que los adultos mayores que intentaron suicidarse lo hicieron en un 30% por conflictos familiares, un 25% por enfermedades físicas invalidantes y un 25% por sentimientos de soledad. Al menos la mitad de la muestra presentó como factores de riesgo, sentimientos de desesperanza (95%), síndrome depresivo (90%) y antecedentes patológicos personales de suicidio (50%)(Reyes & Trujillo, 1999).

La única investigación que ha estudiado la depresión en adultos mayores a través de la ENDES, es en Colombia en el año 2010.

Aldana Olarte & Pedraza Marin (2012) investigaron los factores asociados a la depresión en una población de 17 574 adultos mayores y para lo cual emplearon la escala de Zung. El estudio encontró una prevalencia global de 9,5%. El estudio concluyó que la depresión tuvo una mayor prevalencia en las mujeres, la viudez, las personas con bajo nivel educativo, no afiliados al sistema de salud, en las personas con algún grado de discapacidad, con enfermedades cardiovasculares, cerebrales, respiratorias, renales, alzheimer y artritis(Aldana & Pedraza, 2012).

En el caso, de las investigaciones sobre síndrome depresivo en adultos mayores en nuestro país, las conclusiones son divergentes, que no permiten realizar comparaciones, por cuanto, emplean muestras no probabilísticas, no representativas a nivel nacional, emplean diferentes instrumentos de medición, estudian preferentemente al adulto mayor hospitalizado, proveniente de la consulta externa, muy pocos en el ámbito comunitario. A continuación un breve resumen de algunas de éstas.

Montenegro & Santisteban (2016) investigaron los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque en una muestra de 36 adultos mayores, Emplearon la Escala de depresión geriátrica abreviada-Escala de Yasavage. Encontraron que el 45,8%(15) de los adultos mayores tenían depresión severa y que la autoestima como factor psicológico tuvo un nivel de asociación elevado con el estado depresivo de los adultos mayores(Montenegro & Santisteban, 2016).

Matutti & Tipismana (2016) realizaron un estudio con el objetivo de describir y analizar la prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión mayor en 79 adultos mayores no asegurados de una comunidad del Callao y a 221 pacientes con depresión y depresión comórbida, atendidos en consulta ambulatoria de psiquiatría. Los resultados indicaron que los factores demográficos (sexo, edad, estado civil, dificultad auditiva y visual) son independientes de depresión en ambos grupos(Matutti & Tipismana, 2016).

Gonzáles & Robles (2013) investigaron el riesgo de depresión del adulto mayor según el test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro (diciembre 2011) en una muestra de 153 adultos mayores. La técnica aplicada fue la

entrevista, con el instrumento test de Yesavage. Según los resultados, el 50,3% (77) presentaron riesgo de depresión moderada, y el 28,1% (43) riesgo de depresión severa. No encontraron diferencia significativa de la depresión con la edad y el sexo de los adultos mayores(Gonzáles & Robles, 2013).

Torrejón(2015) investigó el nivel de depresión en adultos mayores, en el Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas en una muestra de 40 adultos mayores que residen en este lugar. Empleó la Escala de depresión Geriátrica elaborado por J, A, Yesavage. Los resultados evidenciaron que el 65% presentaron depresión severa, el 25 % depresión moderada y el 10% depresión leve(Torrejón, 2015).

Juárez et.al., (2012) determinaron la prevalencia de depresión en Adultos Mayores de 60 años residentes en el Asentamiento Humano de “Viña Alta” de La Molina, en una muestra de 62 personas. Emplearon la Escala Geriátrica de Yesavage (15 ítems). Hallaron sorprendentemente una proporción de estado depresivo en la población estudiada de 51,67% muy superior a la señalada en otros estudios epidemiológicos(Juárez, León, & Linares, 2012)

Torres(2014) investigó el nivel de depresión del adulto mayor en un Centro de Atención Integral TaytaWasi” en una muestra de 73 adultos mayores. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve(Torres, 2014).

Olivera & Jhonatan (2013) estudiaron las condiciones socio-económicas de la población de adultos mayores en el Perú con énfasis en la situación de pobreza y desprotección social en este

grupo poblacional. Para ello, analizaron la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2011 y encontraron que la mayoría de personas con 65 y más años de edad se encontraban en situación de extrema pobreza y que residían en la sierra rural. Del mismo modo, observaron que únicamente el 1,0% de adultos mayores pobres extremos tenían acceso a algún tipo de pensión; y que la mayor proporción adultos mayores en situación de pobreza extrema vivían en hogares de uno o dos miembros, lo cual acentuaba su vulnerabilidad. Respecto a la situación de pobreza tomando en cuenta la edad y el área geográfica, la incidencia de pobreza fue mucho mayor en los adultos mayores que sobrepasaban los 80 años (Olivera & Jhonatan, 2013).

Mientras que el porcentaje de adultos mayores de 65 años ocupados era de alrededor del 50% en el área urbana, este porcentaje aumentaba hasta casi el 90% en el área rural. Más aún, incluso en una edad tan avanzada como los 90 años el porcentaje de personas ocupadas en el medio rural era de 32,3% contra el 11,9% en el medio urbano. En general, las personas de 65 y más años considerados como pobres o pobres extremos se encontraban afiliadas mayoritariamente al Sistema Integral de Salud (SIS) y en un lejano segundo lugar a EsSalud, esto se repetía independientemente de que se observara el área urbana o rural.

Las investigaciones que merecen destacar por la rigurosidad metodológica, por la selección de muestras representativas y porque han sido realizadas por personal de salud especializado, son las realizadas por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo-Noguchi” que pasamos a detallar.

Paz (2010) informa sobre los resultados de la investigación realizada por el Instituto Especializado de Salud Mental en el área

urbana de Lima Metropolitana y Callao como parte del Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (EEMSM “HD-HN”), realizado en el 2002. El objetivo de la investigación fue determinar los factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao. Exploraron entre otras variables, la relación existente entre el nivel socioeconómico, expresado en términos de condiciones de pobreza, y la presencia de problemas de salud mental en diferentes grupos poblacionales. Asimismo, exploraron indicadores de pobreza, acceso a servicios de salud mental y calidad de vida, entre los más relevantes. El equipo de investigación seleccionó varios instrumentos probados en otros países, como la Encuesta de Salud Mental de Colombia y el MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica internacional versión español CIE-10) basado en criterios diagnósticos de investigación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), muchos de los cuales los adaptaron a la realidad peruana. Este estudio desarrolló doce proyectos relacionados a trastornos de la salud mental, uno de los cuales estuvo dirigido a conocer las características sociodemográficas, la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes y aspectos relacionados a la salud mental en general de la población mayor de 60 y más años de edad (Paz, 2010).

El muestreo fue probabilístico y trietápico. La muestra total estuvo conformada por 2 171 hogares y se encuestó a 632 adultos de 60 y más años con una inferencia a 488 146 habitantes de Lima Metropolitana y el Callao.. La tasa de no respuesta en el adulto mayor fue de 2,62%. Los resultados revelaron un grado de analfabetismo de 10,8%, con mayor prevalencia en el género femenino (17,4%). Las mujeres tienden a tener un menor nivel de educación; el 63,7% se encontraban en situación de unido y un 31,2% estaba separado, divorciado o viudo. Sólo el 19,4% de los

adultos mayores estuvo trabajando la semana anterior. Las cifras de desempleo llegaron al 3,5%, siendo de 6,5% para los varones y muy poco para las mujeres.

“El análisis bivariado al episodio depresivo estuvo significativamente asociado a todos los factores sociodemográficos, siendo significativamente más prevalente ($p<0.05$) en personas de 75 años y más (15,9%), de sexo femenino (12,3%), separadas, divorciadas o viudas (15,5%), con nivel educativo bajo (13,0%), con lengua materna quechua/aymara u otra (15,5%) y analfabetos (21,8%). Se observaron asociaciones bivariadas significativas ($p<0.05$) entre el episodio depresivo y (...) el grado de satisfacción con sus relaciones sociales, la tensión producida por la salud, el grado de bienestar físico, la presencia de algún problema físico, sufrir de alguna discapacidad física, el grado de apoyo social emocional, las dificultades para asumir y desempeñar eficientemente sus funciones como padre, madre, esposo(a) e hijo(a) y con haber deseado morir alguna vez en la vida”(Paz, 2010).

En el 2012 el Instituto Especializado de Salud Mental replicó esta misma investigación con mayores precisiones y ampliaciones en una muestra de 1482 adultos mayores. El 11,0% era analfabeto, las adultas mayores analfabetas fueron significativamente mayor (17,2%) que el de varones (3,9%); el 38,9% de los encuestados tenía instrucción primaria; el 59,2% se encontraba en condición de unido (casado o conviviente) y el 31,9% continuaba trabajando(Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

Las características de las muestras de ambos estudios epidemiológicos evidencian diferencias respecto a los sub grupos por edades; el porcentaje de parejas unidas y la diferencia

significativa a la capacidad de estar ocupado, de un 53,0%(2002) a un 31,9%(2012) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de las muestras en los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima Metropolitana del 2002 & 2012.

VARIABLES	LIMA(2002)	LIMA(2012)
Muestra	632	1482
Edad media	69,2 (6,9)	70,8 (70,3-71,3)
Viejo joven 60-74	77,5	69,1 (66,2-71,8)
Viejo-viejo 75-84	18,7	23,5 (21,0-26,2)
Muy viejos >84	3,8	7,4 (5,9-9,4)
Analfabetismo	10,8%	11,0%
Analfab mujeres	17,4%	17,2 (14,5-20,4)
Analfab hombres	3,3%	3,9 (2,6-5,8)
Unidos	63,7%	59,2%
Unidos hombres		73,8
Unidos mujeres		46,3
Separados, viudos o divorciados	31,2%	35,5%
Activo		
Trabajando semana última	53,0%	31,9 (29,0-34,9)
Trabajando sem última hombre	27,5%	46,3 (41,7-50,9)
Trabajando sem última mujer	12,1%	19,2 (16,2-22,6)

*Fuente: Estudio Epidemiológico Metropolitano 2002 y 2012. INSM Hideyo Noguchi
Elaboración propia*

En lo referente a la discapacidad o inhabilidad que se refiere a la disminución o pérdida de la capacidad para funcionar como persona y adaptarse al medio social y laboral, éste se expresó mediante una escala de 5 a 20, en la que 5 indica ausencia de discapacidad, para el 2002 fue de 6,37 y para el 2012 fue de 5,66, más bajo que en el período anterior.

El deseo de morir muy relacionado al estado anímico del adulto mayor y a la depresión, también fue estudiado y estuvo presente en el 6,2%(2002) y 1,9%(2012) en los adultos mayores. Las prevalencias de vida, anual y mensual de deseos de morir fueron significativamente mayores en las adultas mayores, al igual que las prevalencias de vida de pensamiento y de conducta suicidas. En el estudio epidemiológico del 2012, la cuarta parte de los adultos mayores señaló los problemas con la salud física como motivos para haber deseado morir, pensado o planeado quitarse la vida; la quinta parte, los problemas con la pareja y, la décima parte, los problemas con los hijos. Consideraron como factores protectores la cohesión familiar y la religión.

Respecto al estado depresivo, el estudio epidemiológico del 2002 y del 2012 clasificó a los adultos mayores como “viejo joven” a los comprendidos entre los 60 y 74 años, “viejo viejo” entre los 75 y 84 años y a los “muy viejos” a los mayores de 84 años. Siguiendo los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el 2002 la prevalencia de depresión actual en el adulto mayor fue de 9,8% a diferencia del 2012 que fue del 3,8% de los adultos mayores que presentaron episodio depresivo moderado a severo en el último mes. En ambos estudios las mujeres padecen más depresión que los hombres mayores y, la población “vieja vieja” o “muy vieja” es la que más está expuesta a episodios depresivos. (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de las características de la salud mental del adulto mayor en los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en Lima Metropolitana 2002 & 2012.

SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR	Lima Metropolitana (2002)	Lima Metropolitana (2012)
Satisfacción: aquello que somos, hacemos o hemos hecho y esta en directa relación con el autoestima personal. Escala de 5 a 20	14,8	17,40
Calidad Vida: construcción conceptual: involucra bienestar físico, psicológico, auto-cuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, sentido de apoyo socio emocional, apoyo comunitario, plenitud personal y satisfacción espiritual Índice de Calidad de Vida: 1 a 10(excelente)	7,61	7,78
Discapacidad: disminución o pérdida de la capacidad para funcionar como persona y adaptarse al medio social y laboral. Nivel global de discapacidad 5(ausencia) a 20	6,37	5,66
Pensamiento suicida último mes	6,2%	1,9%
<i>Hombres</i>	3,8%	1,0%
<i>Mujeres</i>	8,3%	2,7%
Factor protector: cohesión familiar. Implica respeto y apoyo mutuo, orgullo familiar, o el compartir principios y valores. Escala de 5 a 20	18,5	18,94
Estado depresivo. Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).		
Último mes	9,8%	3,8% *
Estado depresivo hombres	7,0%	2,4% *
Estado depresivo mujeres	12,3%	5,1% *
Adultos viejos 60 a 74 años	8,0%	3,6% *
Adultos > 74 años	15,9%	4,4% *

Fuente: Estudio Epidemiológico Metropolitano 2002 y 2012. INSM Hideyo Noguchi
Elaboración propia

* Considera depresión de moderada a severa

Investigaciones sobre Consumo problemático de Alcohol.

Se han desarrollado investigaciones que relacionan depresión y alcoholismo, un ejemplo de ello, es el estudio de **Solís, Vélez, & Berumen(2000)** que entrevistó a 700 usuarios mayores de 65 años que acudían a los servicios de atención primaria de 19 jurisdicciones sanitarias del Distrito Federal de México, por medio de una encuesta que evaluó sus hábitos de consumo de alcohol. La muestra fue aleatorizada por medio de una encuesta diseñada “ex postfacto”. El cuestionario incluyó 17 preguntas para investigar la prevalencia, la edad de inicio, la cantidad de alcohol que consumen y los problemas asociados. Los resultados mostraron una prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas del 36,7% y una prevalencia puntual de 20,5%. Un porcentaje de 2,4% de esta población manifestó ingerir en el momento de la encuesta, una mayor cantidad de bebidas alcohólicas que seis meses atrás, en tanto que un 3,8% de los participantes ya tenían problemas por el alcohol. El 65,4% de los 55 sujetos con problemas de alcohol lo notó desde hace 10 años, e incluso más. Aquéllos que bebían más que hace seis meses, comentaron que lo hacían para divertirse (38,2%) y para olvidarse de sus problemas (16,4%)(Solís et al., 2000).

De los 624 entrevistados sólo 55(8,81%) expresaron que tenían problemas por consumo de alcohol. Las causas más frecuentes fueron porque no tenían nada qué hacer durante su tiempo libre y para divertirse. Más de la tercera parte de las personas que tenían consumo problemático del alcohol nunca se habían sometido a tratamiento, y la mitad de los que se habían sometido a tratamiento, lo habían hecho durante los 10 años anteriores a la encuesta.

Iparraguirre(2015) examinó la asociación entre el factor socioeconómico y el consumo excesivo de alcohol en una cohorte de 9251 adultos mayores de 50 años en base a los datos

del Estudio Longitudinal sobre el Envejecimiento (ELSA) en Inglaterra. Encontró que el riesgo de un consumo excesivo de alcohol disminuye con la edad y que hay una asociación no lineal entre el riesgo para la edad y los hombres, lo cual significa que los más jóvenes tienen mayor riesgo, igualmente la condición de estar separados o divorciados y el contar con ingresos económicos altos. En el caso de las mujeres, encontraron una relación directa entre el consumo temprano de alcohol y la probabilidad de convertirse en una paciente alcohólica.

La educación y el tabaquismo se asociaron significativamente en ambos sexos (Iparraguirre, 2015).

Chung Bin , y otros (2014) investigaron el perfil de consumo de alcohol en adultos mayores que participaban en los viajes “Vacaciones Tercera Edad” realizados por el Servicio Nacional de Turismo de Chile (SERNATUR). En dicha investigación reportaron que según la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) el 0,77% de la población sería dependiente a nivel nacional. Según ese mismo estudio el 14,6% de los adultos mayores chilenos tiene un patrón semanal de consumo. Respecto a la investigación del total de personas que viajaron durante en el periodo entre marzo y abril del año 2009, revisaron 2 324 encuestas, lo que corresponde a más de 50% del total. De ellas 1 076 (46%) correspondían a mayores de ≥ 60 años, con nacionalidad chilena y encuesta AUDIT completa. Con respecto al consumo de alcohol el 75,7% de la muestra declaró haber ingerido bebidas alcohólicas en el último mes, el restante 24,4% refirió no consumir nunca alcohol. El promedio del puntaje total AUDIT fue de $2,2 \pm 2,6$. Sólo el 3,7% de la muestra tuvo un puntaje ≥ 8 considerado como consumo de riesgo. Finalmente, el consumo de alcohol se manifestó principalmente en las personas menores de 75 años, mayoritariamente de sexo masculino.

Moura & Carvalho Malta (2011) realizaron una investigación en la población brasileira en 54 369 adultos de 18 y más años de edad que viven en capitales de los estados y en el Distrito Federal para el año 2006. El objetivo de la investigación fue estimar el consumo de bebidas alcohólicas, identificar las características socio-demográficas asociadas a este consumo así como evaluar la tendencia para el período 2006-2009.

El grupo etario de 65 y más años de edad estuvo conformado por 6304 adultos mayores de los cuales el 19,9% tuvo consumo habitual y el 2,5% un consumo excesivo. Las variables asociadas con el consumo de bebidas alcohólicas fueron la edad, la unión marital y la no integración en el mercado de trabajo para ambos sexos, al igual que el nivel de escolaridad. La investigación concluyó que hay una tendencia del incremento del abuso del alcohol en ambos sexos.

Maldonado et al (2010) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en una población de 37 adultos mayores de ambos géneros, que conformaron el grupo de la tercera edad del Gimnasio Multidisciplinario de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en Cd. Victoria. Emplearon un cuestionario de 20 preguntas relacionadas al consumo y abuso del alcohol considerando las preguntas realizadas por la Encuesta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM-2001). El consumo de alcohol fue alto, aunque los patrones de consumo de la población estudiada no parecen indicar una problemática importante ya que un porcentaje mínimo se encontró en consumo moderado de alcohol y la gran mayoría en consumo ocasional.

Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero, & Borgues, D. (2007) estuvieron interesados en conocer la prevalencia del consumo de

alcohol y tabaco y su asociación con deterioro cognoscitivo en la población mexicana mayor de 65 años. Estudiaron a 4 872 adultos mayores de la muestra del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México(ENASEM 2001). La prevalencia de alcoholismo fue de 2,8% medida con el CAGE (Questionnaire, A Screening Test for Alcohol Dependence). El 34,7%(1688 sujetos) reportaron consumo de alcohol en el pasado. De éstos, el 67,5%(1140) continuaban haciéndolo en el presente, con una ingesta de más de cuatro bebidas diarias en los últimos tres meses de hasta 23% (18% hombres y 6% mujeres). El grupo de edad entre 65-70 años presentó mayor probabilidad de consumo y abuso de alcohol y de tabaco ($p < 0.001$) y ($p = 0.08$) respectivamente. Asimismo, los sujetos del sexo masculino presentaron una mayor probabilidad de consumo de alcohol, situación que no se dio en los sujetos que consumían tabaco. La mayor escolaridad se asoció también con el mayor consumo de alcohol ($p < 0.001$). El estudio concluyó que las variables sociodemográficas más importantes asociadas con el consumo y abuso de sustancias fueron el género masculino, el nivel socioeconómico alto y la independencia funcional.

En nuestro país el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” ha realizado estudios epidemiológicos de salud mental en diferentes años y regiones del país. Uno de los trastornos mentales estudiados ha sido el consumo de sustancias nocivas entre éstas el alcohol. Bajo la definición de bebedor riesgoso de alcohol como aquel que durante un año, en tres o más ocasiones, ha llegado a beber en menos de 3 horas más del equivalente a una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte). Con esta definición la prevalencia anual de bebedor riesgoso de alcohol para Lima Metropolitana(Instituto Nacional de Salud Mental, 2013) fue de 5,1%, la de consumo perjudicial y la dependencia al alcohol llegaron al 0,8%, según criterios de investigación de la CIE-10.

En la Sierra peruana se realizó un estudio en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2003) el cual reportó que “casi cinco de cien adultos mayores ha tenido problemas con el alcohol, ya sea consumo perjudicial o dependencia. De cada seis personas que presentan consumo perjudicial de alcohol, cinco son de género masculino”. En el 2008 se amplió el estudio a la Sierra Rural de estos mismos departamentos (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2009) encontrando una prevalencia de 1,4%; en el 2009 abordaron la Selva peruana en Iquitos y Pucallpa (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012) encontrando una prevalencia anual de abuso/dependencia de alcohol en los adultos mayores de 1,9% siendo mayor en las mujeres, mientras que la prevalencia fue de 1,6% (exclusiva de los varones).

Investigaciones sobre Violencia conyugal

Investigaciones en el extranjero

De Oliveira Gaioli & Partezani Rodrigues (2008) investigó una muestra de 87 adultos mayores de ambos sexos, residentes en el municipio de Ribeirao Preto SP que presentaron denuncias en las Comisarías de Policía en 2002 con el objetivo de verificar la ocurrencia de malos tratos practicados en el domicilio e identificar a los ofensores y los tipos de lesiones sufridas por las personas adultas mayores, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Los resultados revelaron que los maltratos ocurrieron con mayor frecuencia entre los adultos mayores del sexo masculino (58,6%), que fueron ofendidos por familiares como hijos, nietos, yernos y nueras (47,1%). En cuanto a los tipos de lesiones sufridas, el 33,5% presentó traumatismo superficial de hombro y brazo.

Paniagua & Mota (2001) estudiaron a la violencia invisible en las personas mayores en comparación con otros grupos etarios, especialmente la doméstica, lo que actualmente se denomina violencia “intramuros” al desarrollarse la vida del adulto mayor hacia el interior del espacio doméstico.

La investigación reveló que las señales físicas y psíquicas de violencia se pueden solapar con lesiones frecuentes en personas adultas mayores como caídas reiteradas, depresión senil etc. Esta invisibilidad dificulta la prevención, detección e intervención y porque las personas mayores tienen reticencias a hablar, cuando acuden a los servicios de salud en muchos casos lo hacen por otras circunstancias: *“por no querer develar el drama que están viviendo, por sentirse incluso culpables de los malos tratos de que son objeto, por querer preservar el hogar de cualquier sospecha de conflicto, por una indefensión aprendida (ésta se da cuando la repetición de situaciones de malos tratos genera miedo creciente y sumisión), por vergüenza y bochorno de tener un hijo violento, vivido como un fallo en la crianza; a esto hay que añadir que en situaciones de dependencia las dificultades cognitivas y comunicativas hacen más difícil que perciban y puedan expresar y denunciar lo que está ocurriendo”*

Pérez-Rojo, Izal-Fernandez De Troconiz, & Montorio-Cerrato (2005) investigaron a 45 cuidadores de familiares con demencia, los mismos que se reclutaron a través de diferentes centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid. El 75,6% fueron mujeres y el 11,6% estaban solteros. Encontraron una asociación entre el riesgo de maltrato a los adultos mayores mayores por parte de sus cuidadores informales y el estrés asociado a la presencia de conductas agresivas o provocadoras por parte de la persona cuidada, el estrés asociado a la dependencia de la

persona mayor en actividades de la vida diaria y a la depresión y el estrés percibido, entre otros.

Rodriguez et al. (2009) realizaron un estudio descriptivo prospectivo en 136 mujeres de 50 años y más, seleccionadas al azar, que estaban sometidas a violencia intrafamiliar oculta. El principal protagonista de la violencia en 57 casos (41,91%) estuvo representada por el esposo, seguida por los nietos (29,41%). La violencia en relación al consumo habitual de bebidas alcohólicas se reportó en 91 casos (66,91%). La violencia psicológica predominó en los reportes de las mujeres en relación a la violencia física y a la sexual y estos fueron: la crítica en presencia de extraños en 54 mujeres (39,70 %). La manifestación de violencia física que predominó fueron los empujones 19(13,97%). El tipo de violencia sexual que más sufrieron fueron las relaciones forzadas por su pareja 29(21.32 %).

Cardoso-Núñez et al. (2004) realizaron un estudio descriptivo para caracterizar el maltrato en 84 adultos mayores en un consultorio médico del área de salud perteneciente a la Policlínica Comunitaria Docente Rodolfo Ramírez Esquivel de Camagüey. Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, estructura familiar, funcionamiento familiar, grado de relación con el maltratante y tipo de maltrato. El grupo etario predominante fue el de 60 a 69 años (77,3%) al igual que el sexo femenino (54,7%). La estructura familiar extensa (63,5%) y el funcionamiento familiar disfuncional (57,1%) fueron relevantes. En cuanto al grado de relación con el maltratante llamó la atención la alta frecuencia de familiares (86,9%). El tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico (98,8 %) seguido del verbal y por negligencia.

Baeza Ulloa & Poblete Berríos, (2004) realizaron una investigación con enfoque cualitativo con el objetivo de identificar la realidad socioeconómica y de maltrato en 17 adultos mayores maltratados, residentes en la comuna de Pudahuel. Los principales resultados reportan que los maltratos de los cuales han sido víctimas los entrevistados son el psicológico, físico, abandono o negligencia y patrimonial o económico. La tipificación de abuso sexual la excluyeron porque no encontraron ningún caso. Otros dos factores estuvieron presentes: que el único ingreso económico de los adultos mayores maltratados del estudio provenía de sus pensiones de vejez o viudez, así como también la condición de ser mujer.

Taurino, Curcio, Alvarado , Zunzunegui, & Guerra, (2015) realizaron una investigación en una muestra aleatoria de 802 hombres y mujeres del Estudio IMIAS (International Mobility in Aging Study) (65–74 años) desarrollado en Natal(Brasil)y Manizales(Colombia), con el objetivo de explorar si la violencia doméstica se asocia a las diferencias de género y a las condiciones sociales y económicas de los adultos mayores. El estudio fue transversal y emplearon la escala HITS(*Hurt-Insult-Threaten-Scream*,Golpear-Insultar-Amenazar-Gritar). Los resultados demuestran que la experiencia de violencia física ocurrida alguna vez en la vida varió entre 2,2 y 18,3% según la ciudad y el sexo. La violencia psicológica fue más elevada en mujeres, siendo la violencia perpetrada por el compañero mayor en Natal(25,7%) que en Manizales(19,4%). Casi la mitad de los participantes informaron haber sufrido violencia psicológica alguna vez en la vida. La violencia actual o alguna vez en la vida fue más frecuente en las mujeres. Concluyeron que las tasas de prevalencia de violencia doméstica en los adultos mayores revelan que las mujeres son más afectadas, por lo cual deben ser

consideradas como prioridad en las políticas de prevención de la agenda de salud para Latinoamérica.

Investigaciones nacionales

Silva-Fhon, Del Río-Suarez, Motta-Herrera, Fabricio-Wehbe, & Partezani-Rodrigues (2015) investigaron la violencia intrafamiliar en 369 adultos mayores que viven en el distrito de Breña, con el objetivo de identificar la prevalencia, los tipos de violencia intrafamiliar, su asociación con variables sociodemográficas y la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor que vive en la comunidad de estudio. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Utilizaron el *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* y la Escala de Depresión Geriátrica. Entre los resultados más importantes destacan que la prevalencia de violencia intrafamiliar fue 79,7% y de síntomas depresivos 48,2%; prevaleció la violencia financiera. Al aplicar la regresión logística verificaron que aquel que no trabaja tiene mayor chance de sufrir violencia. Entre más años de estudio, disminuye el riesgo de sufrir violencia. Además, el adulto mayor que no presenta síntomas depresivos tiene un 62% de probabilidad de no sufrir violencia, en comparación con el que sí presenta. Por otro lado, el individuo que no trabaja tiene 1,87 veces mayor probabilidad de sufrir violencia, comparado con aquel que si trabaja.

Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales, & Gálvez (2010) investigamos las características socio demográficas de los adultos mayores víctimas de violencia y de sus agresores, así como los espacios contextuales en los que se realiza dicha violencia de casos reportados en seis Centros Emergencia Mujer (CEM) de Lima Metropolitana. Fue una investigación descriptiva, retrospectiva en función de los casos registrados en el CEM. Estudiamos 118 casos de adultos mayores víctimas de violencia familiar (física, psicológica y sexual). La edad promedio de los

adultos mayores víctimas de violencia fue de $69,02 \pm 7,74$ años. El 87,29%(103) estuvo constituido por mujeres, en un alto porcentaje sin instrucción y dependientes económicamente. Respecto al agresor el 55,93%(66) fueron del sexo masculino, en su mayoría casados, en muchos casos porque se trataba de la propia pareja. El hijo(a) es el principal agresor 52,54% (62); mientras la pareja en un 24,58% (29). El 45,76% (54) no tenían trabajo remunerado y otros(as) eran desempleados. El 98,31% de los casos de violencia se produjo en casa de la víctima. La violencia psicológica fue la más alta (77,12%) y en un segundo lugar la violencia física sumada a la psicológica con un 16,10%. Se concluyó que los adultos mayores que son víctimas de violencia en su mayoría son mujeres, con bajos niveles de escolaridad, sin ingresos económicos, con una historia de violencia doméstica que supera en muchos casos, el cuarto de siglo.

Investigaciones nacionales a partir de datos oficiales

Teresa Viviano, (MIMDES, (2007)) analizó las estadísticas de los Centros Emergencia Mujer (CEM) y encontró que en el 2002 se atendieron 29759 casos de violencia familiar y/o sexual de los cuales el 3,2% de los casos correspondieron a personas de 60 a 79 años y el 0,6% a víctimas de 80 años o más. De las 1120 personas adultas mayores que acudieron a los CEM en busca de ayuda por algún problema de maltrato familiar, el 58%(650 casos) tenían entre 60 y 69 años, mientras que el 29,6%(332 casos) tenían entre 70 y 79 años. Es interesante destacar que el 82%(918 casos) fue la propia víctima quién reportó quien efectuó la denuncia o reporte en el CEM. El 38%(424 casos) fueron atendidos en Lima.

Respecto al sexo, el 76%(851) fueron mujeres adultas mayores y a partir de los 60 años; por cada tres mujeres maltratadas se

encontró un varón maltratado. El 70% de los agresores fueron varones. El 39% refirió agresiones físicas. Un 2% refirió ser víctima de violencia sexual. El 28,6% no accedió a la educación primaria; el 60% tenía pareja. El 45,9% declaró como agresor a su hijo(a). Entre las características de las personas agresoras destacaron el alcoholismo, el uso de sustancias psicoactivas, celos, afán de poder, ambición, afán de provecho e insensibilidad.

El Instituto Especializado de Salud Mental desde el 2002 al 2012 ha estudiado el maltrato en el adulto mayor como parte de varios estudios epidemiológicos en diferentes departamentos de nuestro país. En Ayacucho, Cajamarca y Huaraz encontró una prevalencia(últimos doce meses) de 9,2%(2003) y 7,3%(2008); en la zona de Fronteras: Bagua Grande, Tumbes, Tacna, Puno y Puerto Maldonado 3,5%(2005); en Lima Metropolitana y Callao 5,9%(2012); en la Sierra peruana 1,6%(2003); en la Selva rural 1,9%(2009). Respecto a la violencia física (golpes, empujones y puñetes) las prevalencias son diferenciadas, en las zona urbana de 0,9 a 1,0 y en la zona rural de 0,8 a 1,0(Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2003), (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2009), (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

Matos (2006) a partir de la información de la ENDES 2000 y 2004 del Perú estudiaron la violencia familiar en su manifestación física, y dirigida específicamente por la pareja contra la mujer de 15 a 49 años. Si bien esta investigación no se vincula al grupo etario de esta tesis sin embargo, los resultados son importantes y se vinculan a los factores de riesgo de la presente investigación. Para ello analizaron la variable en cuatro dimensiones: su distribución a nivel nacional, las características de las víctimas y de los agresores, los factores asociados a la prevalencia del fenómeno, los factores asociados a la atención de las víctimas y

los efectos del fenómeno sobre la familia, las mujeres y los hijos (Matos, 2006).

Hallaron que las variables como patriarcalismo, autoritarismo y percepciones de género mostraron una alta asociación con la prevalencia de la violencia conyugal física; es mayor entre las actualmente divorciadas y separadas; y entre las unidas, mayor entre las convivientes. La posesión del recurso socioeconómico no disminuye la probabilidad de violencia: los porcentajes de violencia son similares tanto para las mujeres que tienen recursos como para las que no. Existe una asociación inversa significativa pero de baja intensidad, entre el nivel educativo, la violencia de toda la vida y la violencia frecuente: a mayor nivel educativo femenino, menor porcentaje de violencia contra la mujer. El nivel educativo del marido se asocia a la violencia de toda la vida y a la violencia frecuente de manera directa: éstas aumentan desde la falta de educación hasta el nivel secundario pero disminuyen drásticamente con la educación superior.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES, 2006)

analizó sesenta y tres investigaciones correspondientes al período 2001-2005 encontrando en la muestra de estudio que una cuarta parte de las personas adultas mayores (PAM) había recibido algún tipo de maltrato en el último año. Entre los agresores, destacaron los propios hijos, en segundo lugar la pareja, yerno o nuera, y otros familiares. Entre las formas de maltrato al adulto mayor se encontraron violencia filial motivada por el consumo del alcohol; violencia filial por el interés de bienes inmuebles de la PAM; violencia por omisión o abandono; violencia filial por interés o administración de pensiones y rentas; violencia filial por estrés o cansancio de persona cuidadora; maltrato indirecto por hijos conflictivos en el hogar. Ese mismo estudio, analizó las investigaciones por grupo poblacional y por región, encontrándose

dos de mayor interés: la violencia familiar (prevalencia y percepciones) y el maltrato infantil. Respecto al tema de maltrato en el adulto mayor, el informe da cuenta que es el menos estudiado y que se ha realizado solo uno en la costa (Lima)(Bardales, 2010).

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES, 2011) continuando con esta línea de análisis de investigaciones publicadas en el país, desarrolló un análisis más exhaustivo para el período 2006-2010 con el objetivo de sistematizar y visibilizar al información producida en el período de estudio, sin discriminar grupos poblacionales. La sistematización se enfocó en identificar y recopilar las investigaciones mediante bases de datos virtuales, centros de documentación y el contacto directo con los investigadores. Hasta junio de 2011, identificaron un total de 101 investigaciones realizadas sobre violencia familiar y sexual en el territorio nacional. Como producto de ello se derivaron resultados y conclusiones, algunas de las cuales, aún cuando no se refieren específicamente al adulto mayor por su relevancia con esta investigación, son expuestas a continuación:

- *“Los varones justifican el maltrato hacia la mujer, entre otras razones, por la infidelidad de la pareja y por descuidar a los niños y niñas. Adicionalmente, si la esposa se niega a tener relaciones sexuales, creen tener derecho a molestarla, a no darle más dinero, a usar la fuerza y a obligarla a tener relaciones sexuales.*
- *Entre los factores de riesgo de la violencia familiar figuran la carencia de recursos económicos para sostener el hogar (factor principal); el machismo; el consumo de alcohol y la infidelidad.*
- *Se halló que las mujeres migrantes de la sierra sur (Ayacucho, Puno y Andahuaylas) tienen nulas o escasas redes de parentesco en Lima; incluso aquellas que cuentan con algún*

familiar, no reciben un apoyo importante para afrontar sus problemas.

- *Las formas más frecuentes reportadas en los estudios sobre violencia en las personas adultas mayores son, primero, la violencia por abandono; segundo, la violencia psicológica, y, finalmente, la violencia física.*
- *Se ha encontrado relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la violencia conyugal. Entre la condición de mujer jefa de familia y la violencia física padecida; entre el ingreso económico familiar y la violencia sexual; entre el número de hijos, número de hijos vivos y la violencia física; entre la participación del varón y la división de tareas en el hogar; entre el horario de trabajo de la mujer y la violencia sexual; y entre el cargo directivo de la mujer en algún grupo organizado y la violencia sexual.*
- *Se ha comprobado una asociación inversa significativa entre el nivel educativo, la violencia de toda la vida y la frecuencia; es decir, a mayor nivel educativo femenino, menor porcentaje de violencia contra la mujer.*
- *Resultados de regresión logística binomial han develado que cuando se incrementan las distancias educativas al interior de la pareja a favor de la mujer, la probabilidad de que ella sufra de violencia física se incrementa; asimismo, a mayor edad de la mujer al casarse, menor violencia”.*

Estadísticas recientes revelan que entre los casos de violencia familiar y sexual atendidos en los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, la agresión en contra de las mujeres (niñas, adolescentes, adultas y adultas mayores) es considerablemente más alta que la que afectó a los

varones, registrándose en el año 2014 más de cuarenta mil casos de mujeres víctimas de violencia familiar y sexual, cifra que representa el 87% frente al 13% de víctimas varones; las cifras revelan que un grupo importante de hogares en el país conviven con una realidad violenta en su entorno familiar (3).

Análisis de las investigaciones revisadas

El análisis de las investigaciones sobre el síndrome depresivo, el consumo problemático del alcohol y la violencia conyugal en el adulto mayor, en el extranjero y a nivel nacional, nos permite formular las siguientes conclusiones:

1. Si bien existen investigaciones en el extranjero sobre síndrome depresivo, consumo problemático del alcohol y violencia conyugal en el adulto mayor, sin embargo, éstas son estudiadas de manera independiente, tanto en el ámbito institucionalizado como en la comunidad, con diferentes tipos de muestreo; diferentes instrumentos, todo lo cual, determina diferencias en las prevalencias y factores de riesgo.
2. Las prevalencias de depresión encontradas en la población adulta mayor –con diferentes instrumentos de medición- van desde 3,8%(Instituto Especializado de Salud Mental, 2002); en Perú hasta 52,5% (Zavala, Núñez, & colab., 2011) en Colombia; la única investigación que se basó en la ENDES fue en Colombia en el 2010 donde se obtuvo una prevalencia de un 9,55% (Aldana Olarte & Pedraza Marin, 2012), (Tabla 3).
3. Los instrumentos de medición de la depresión en el adulto mayor son variados, pero el de mayor uso es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage en sus diferentes versiones: completa y abreviada, que igualmente arrojan prevalencias muy distintas, desde un 9,55% (Borda Pérez, y otros, 2013) hasta un 52,5% (Zavala, Núñez, & colab., 2011). (Tabla 3)

4. El Cuestionario de la Salud del Paciente PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) ha sido empleado para medir síndrome depresivo en poblaciones diferenciadas como en estudiantes universitarios (Cassiani Miranda , 2015); en población mayor de 20 años en Chile usuarios de Centros de Salud en Cartagena Colombia (Baader M., y otros, 2012); en pacientes diabéticos (Flores Pérez, 2012); y, en adultos mayores de atención primaria (Phelan, y otros, 2010). Todas estas investigaciones concluyen que el PHQ_9 tiene una alta sensibilidad y especificidad para la detección de síndrome depresivo.
5. Al comparar las bondades del PHQ_9 con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage ha demostrado que el primero tiene una alta sensibilidad y especificidad como instrumento de cribado para la detección de depresión entre personas mayores, representando el PHQ-9 un recurso de utilidad para la detección de síndrome depresivo (Phelan, y otros, 2010)
6. Entre los factores de riesgo asociados con el síndrome depresivo en el adulto mayor, los estudios coinciden en destacar al sexo femenino, bajo nivel de escolaridad, no estar unidos o no tener pareja, inactividad (dependencia para el desempeño de actividades diarias), las comorbilidades y el ingreso económico, con diferencias en algunos estudios. (Tabla 4).

Tabla 3. Prevalencias de “Depresión”*[sic] Síndrome depresivo en el adulto mayor según algunos investigadores por tamaño de muestra e instrumento empleado.

AUTOR	MUESTRA	INSTRUMENTO	PREVALENCIA
García Serrano & Tobías Ferrer (2001). Barcelona - España	173 pacientes (Unidad básica de salud urbana)	Escala de Yesavage en su versión completa (30 ítems).	16%
Borda y otros(2013) (Barranquilla-Colombia)	66 adultos mayores de Centros Geriátricos	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	9,55%
Aldana Olarte & Pedraza Marin (2012) Colombia	Muestra probabilística No institucionalizados 17574 adultos mayores ENDES 2010	Escala de Zung abreviada	9,5%,
(Baader, y otros, 2012) Ciudad de Valdivia, Chile	1327 pacientes usuarios de cinco Centros de Salud Familiar	PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)	10,8%
Borda Pérez, y otros(2013), Colombia	Cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia)	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.	36.4 %,
El (Instituto Especializado de Salud Mental, 2002) Lima Metropolitana y el Callao	Muestra probabilística No institucionalizados 632 adultos mayores	MINI basado en criterios diagnósticos de investigación de la Décima Revisión de la CIE-10.	9,8%
(Instituto Especializado de Salud Mental , 2013) Lima Metropolitana y el Callao	Muestra probabilística No institucionalizados 1482 adultos mayores	MINI basado en criterios diagnósticos de investigación de la Décima Revisión de la CIE-10	3,8%
Escobar B. y colab 2013) Lleida, España	Muestreo probabilístico No institucionalizados 640 adultos mayores de sus residencias familiares	The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).	33,1%
Sarró-Maluquer y otros (2013) Barcelona - España	220 personas mayores de 85 años de 7 centros de atención primaria, urbanos como rurales	Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage de 5 ítems	34,5%
Zavala, Núñez, & colab., (2011) Colombia	177 adultos mayores de 60 a 75 años de la zona urbana de San Lorenzo	Escala de Yesavage de 30 ítems	52,5%
Martínez Hernández (2007) Cuba	116 adultos de 65 y más años de edad que acudían al Policlínico de Matanzas	Escala de Yesavage de 15 ítems	25,4%
Balmón y Dorado(2004) Córdova	262 adultos mayores de 64 y más años que acudían al Centro de Salud Levante Sur de Córdova	Escala de Yesavage de 15 ítems	24,49%
Juárez (2012) Distrito La Molina Lima Perú	62 adultos mayores de 60 y más años de edad	Escala de Yesavage de 15 ítems	51,67%

Elaboración propia

**Término empleado en las investigaciones*

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la “Depresión”*[sic] Síndrome depresivo en el adulto mayor según algunos investigadores.

AUTORES	Sexo	Estado Civil	Grado de instrucción	Otros
García Serrano & Tobías Ferrer (2001). Barcelona - España	Mujer $p=0,000009$	No especifica	nivel de estudios bajo ($p=0,006$),	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno del ánimo $p=0,000009$ Dependencia para una o más de las actividades básicas de la vida diaria ($p=0,008$) y aislamiento social ($p=0,0008$) enfermedades crónicas $p=0,3544$
Borda y otros(2013) (Barranquilla-Colombia)	Hombre OR=2,9 IC95% 1,14–7,34 $p = 0,0791$	Soltero OR 10,7 IC95% 3,62–31,60 $p = 0,8444$	Primaria incompleta OR1,92 IC95% 0,67–5,43 $p = 0,009$	<ul style="list-style-type: none"> Comorbilidad, trastornos Neurológicos y psiquiátricos OR 6,6 (1,21 – 35,9) $p=0,0215$ Ingresos económicos OR 3,25 (0,13-9,31) $p=0,2115$
Aldana Olarte & Pedraza Marin (2012) Colombia	Mujer OR=1,74 IC95% 1,56- 1,94	personas viudas OR=1.36 IC95% 1.18-1.52	educación superior OR=0.14 IC95% 0,09-0,24	<ul style="list-style-type: none"> afiliación al sistema de salud OR 1.79 (IC95% 1.58-2.02) comorbilidades OR 14,21 IC95% 8.97-22.5
Escobar B. y colab 2013) Lleida, España	Mujer OR: 1,92; IC 95%: 1,23-3,01	Hombres con pareja OR 0,48 IC95% 0,23-0,99	estudios primarios o menos OR: 1,97 IC95%: 1,19-3,25	<ul style="list-style-type: none"> comorbilidad no encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al género
Serra Taylor & Irizarry-Robles (2015)	No especificado	No especificado	Baja escolaridad $t(25)= 2.142$ $p = .040$	<ul style="list-style-type: none"> Autoeficacia $t(26) = 2.493$ $p = 0,019$
INS 2012 Lima Metropolitana y el Callao	Mujer OR: 5,5 IC 95%: 3,7-8,1	No especificado	No especificado	<ul style="list-style-type: none"> Las prevalencias son mayores entre el grupo etario más viejo, sin ser significativas (>75 años)
Sarró-Maluquer y otros (2013) Barcelona - España	Mujer OR 1,39 IC95% 0,75-2,57 ($p=0,291$);	Viudez $p=0,055$	No especificado	Actividad física OR 0,45 IC95% 0,22-0,92 ($p=0,029$)

Elaboración propia

**Término empleado en las investigaciones*

Respecto al consumo problemático del alcohol en el adulto mayor, son escasas las investigaciones de carácter nacional, esto se resume en la Tabla 5.

1. La tasa de prevalencia de consumo de alcohol en el adulto mayor fluctúa de 2,5% (Moura & Carvalho Malta, 2011); 2,8%(Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero, & Borgues, D, 2007) a 3,8% (Solís, Vélez, & Berumen, 2000).
2. El instrumento mayormente utilizado para medir problemas de alcohol en el adulto mayor es el CAGE.
3. En las investigaciones revisadas en adultos mayores se aprecia que una mayor prevalencia de consumo problemático del alcohol se asocia con algunos factores como adultos mayores jóvenes (menores de 80 años), relación directa con un alto nivel de escolaridad, con la falta de pareja y con una mayor independencia funcional.
4. Existe controversia respecto al sexo y el nivel de ingresos económicos.

Tabla 5. Prevalencias y factores de riesgo asociados al “alcoholismo”*[sic] (consumo problemático de alcohol) en el adulto mayor según algunos investigadores

AUTORES	Datos estadísticos	Conclusiones
Solís, Vélez, & Berumen (2000) México	<ul style="list-style-type: none"> Muestra: 700 adultos > de 65 años Prevalencia de vida = 36.7% Prevalencia actual = 20.5% 3.8% dijo tener problemas por el alcohol. 65,4%(55) con problemas dijo haberlo notado desde hace 10 años 	<ul style="list-style-type: none"> Causas de consumo: no tener nada qué hacer durante su tiempo libre y para divertirse.
Aguilar & otros (2007) México	<ul style="list-style-type: none"> Muestra: 4872 adultos > de 65 años Aplicaron: CAGE 34.7% (total 1688) reportaron consumo de alcohol en el pasado y 67.5% (1140) continuaban haciéndolo en el presente Prevalencia (cuatro preguntas positivas CAGE) = 2.8%. Grupo 65-70 años = $p < 0.001$ Hombres= RR 3.17, IC95% 2.6-3.8 ($p < 0.001$) Mayor escolaridad ($p < 0.001$) Dependencia funcional-actividades básicas de la vida diaria con menor consumo (RR= 0.7; IC95% 0.6-0.9; $p = 0.051$) 	<ul style="list-style-type: none"> Las variables sociodemográficas más importantes asociadas: género masculino, nivel socioeconómico alto, y la independencia funcional.
Moura & Carvalho Malta, 2011) Brasil	<ul style="list-style-type: none"> Total: 54 369 ≥ 18 años 65 y más años edad: 6304; 19,9%(habitual); 2,5%(excesiva) Consumo habitual = 38,1% Consumo excesivo = 16,2% 	La tasa de prevalencia del consumo habitual de alcohol disminuye con la edad, aumenta con la educación, es menor en individuos con la unión de pareja estable y es mayor en aquellos en el mercado de trabajo.
(Iparraguirre, 2016) Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> Total: 54 369 ≥ 50 años y más Aplicaron el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) 	Asociación significativa con mayores ingresos económicos, mayor escolaridad, las mujeres, hombres separados o divorciados. La soledad y la depresión no están asociados.
Chun Bin (2014)	<ul style="list-style-type: none"> Total: 2.324 encuestas a viajeros chilenos Aplicaron el AUDIT versión completa. El promedio del puntaje total AUDIT fue de 2,2 (DSDE • } 2,6). Solo 3,7% de la muestra tenía un puntaje ≥ 8 considerado como consumo de riesgo. 	El consumo de alcohol se manifiesta principalmente en las personas menores de 75 años, mayoritariamente de sexo masculino

Elaboración propia

**Término empleado en las investigaciones*

Respecto a la violencia conyugal en el adulto mayor, igualmente las investigaciones de carácter nacional son escasas (Tabla 6).

1. Con relación al sexo, hay controversias, mientras que en algunas investigaciones se reafirma la victimización femenina de la violencia (*violencia del hombre hacia la mujer*) (Cardoso, Mejías, Macías, & Amaro, 2002), (Baeza & Poblete, 2006), (Martina et al., 2011),

(Viviano, 2008) en otras investigaciones, destaca la violencia hacia los adultos mayores varones (De Oliveira et al., 2008).

2. Los tipos de lesiones más prevalentes sufridas por los adultos mayores destacan el traumatismo superficial de hombro y brazo (De Oliveira et al., 2008); o los empujones (Rodríguez et al., 2009b), aún cuando el tipo de violencia psicológica es el que ocupa en muchos estudios el primer lugar (Cardoso-Núñez et al., 2004), (Baeza & Poblete, 2006), (Taurino et al., 2015), y (Martina et al., 2011).
3. Como perpetrador del maltrato al adulto mayor aparece el esposo, (Rodríguez et al., 2009) y también familiares (Cardoso-Núñez et al. 2004; De Oliveira et al., 2008; Taurino et al., 2015; Martina, et al. 2010)
4. En algunos estudios aparece la dependencia económica como un factor de riesgo (Baeza & Poblete, 2006), así como también su asociación con el consumo habitual de alcohol (Rodríguez et al., 2009b) y entre las investigaciones nacionales, (Martina et al., 2011). Igualmente aparece el bajo nivel de escolaridad (Martina et al., 2011; Viviano, 2008)
5. La invisibilidad de la violencia al adulto mayor dificulta la prevención, detección e intervención, y ello, probablemente a que ha habido una cierta permisividad ante la violencia hacia los mayores, y sobre ellos han pesado negativamente ciertos estereotipos (Paniagua & Mota, 2001) con una historia de violencia doméstica que supera en muchos casos un cuarto de siglo (Martina et al., 2011).
6. La prevalencia de violencia intrafamiliar aparece asociado a síntomas depresivos (Silva-Fhon et al., 2015).

Tabla 6. Cuadro Resumen de Prevalencias y factores de riesgo asociados a la Violencia conyugal en el adulto mayor en investigaciones nacionales

Autores	Dtaos relevantes	Conclusiones
Chambergro Jurupe & Valdivia Calixto, (2004)	OBJETIVO: identificar los factores psicosociales del familiar que influyen en el maltrato del adulto mayor	La comunicación de tipo enmascarada tiene influencia en el maltrato de la persona adulta mayor y que el familiar agresor del adulto mayor, también ha sufrido violencia en su etapa de niñez y adultez.
Cardoso Núñez, Mejías Álvarez, Macías Peña, & Amaro Hernández, (2004)	OBJETIVO: caracterizar el maltrato en el adulto mayor en un consultorio médico Muestra: 84 adultos mayores (2002) <u>Factores relevantes:</u> estructura familiar extensa (63.5%), el funcionamiento familiar disfuncional (57.1%) y victimarios: familiares (86.9%); maltrato psicológico (98.8%), maltrato verbal (92,8%)	La estructura familiar extensa y el funcionamiento familiar disfuncional fueron los más significativos
Pérez-Rojo, Fernández de Trocónizb, & Montorio- Cerrato, (2005)	OBJETIVO: analizar el fenómeno del maltrato y el descuido de las personas mayores con demencia por parte de sus cuidadores informales. Muestra: 45 cuidadores de familiares con demencia (34 mujeres y 11 varones) reclutados desde diferentes centros de servicios sociales.	Existe un perfil diferenciado entre situaciones de bajo y alto riesgo de maltrato en función de las características del cuidador, de la persona cuidada y del contexto de la situación. CUIDADORES: presentan síntomas de depresión, alta frecuencia de conductas agresivas y provocadoras.
Teresa Viviano, (MIMDES, 2007)	Analizó Centros Emergencia Mujer (2002) 29759 casos: 3,2% (60 a 79 años) De las 1,120 (AM) = Tres mujeres por cada varón maltratado, <ul style="list-style-type: none"> • 70% de los agresores fueron varones. • 39% refirió agresiones físicas. • 2% refiere ser víctima de violencia sexual. • 28,6% no accedió a la educación primaria; • 60% tiene pareja • 45,9% declara como agresor a su hijo(a). 	Perfil agresor: alcoholismo, uso de sustancias psicoactivas, celos, afán de poder, ambición, afán de provecho e insensibilidad.
Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales, & Gálvez (2010)	Centros Emergencia Mujer de Lima 118 casos de adultos mayores <ul style="list-style-type: none"> • 87.29% (103) mujeres. • 52.54% (62)= hijo(a) es el principal • 45.76% (54) no tienen trabajo remunerado • 98,31% se produjo en casa de la víctima. • 77.12% = Violencia psicológica 	Los adultos mayores que son víctimas de violencia en su mayoría son mujeres, con bajos niveles de escolaridad, sin ingresos económicos, con una historia de violencia doméstica que supera en muchos casos un cuarto de siglo.
Instituto Especializado de Salud Mental(2013)	Estudio epidemiológico sobre salud mental en Lima Metropolitana y el Callao (2012) <ul style="list-style-type: none"> • 5,9% (AM) ha sufrido algún tipo de maltrato en el último año • Maltrato verbal el más frecuente. • 1,7% = maltrato en forma sistemática • 11,8% = reconoció padecer algún problema de salud mental. De éstos, solo el 32,8% buscó atención. 	La cohesión familiar y la religión son valoradas como factores protectores por los adultos mayores. Los motivos más frecuentemente referidos para no buscar atención fueron la creencia de que debía superar el problema solo y el no tener dinero.

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 Envejecimiento: Tendencias mundiales, definiciones

La vejez, a través de la historia, ha tenido diferentes concepciones en las sociedades de acuerdo a la cultura imperante.

(Carbajo, 2008) en su texto de Historia de la Vejez desarrolla la transición de la vejez en las diferentes culturas. Describe que en la cultura griega destacan dos concepciones, la platónica y la aristotélica. En el caso de Platón en la República otorga a la vejez un máximo respeto; la elogia como aquella etapa de la vida en la que las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio, y las ofrece a la comunidad. Considera que las vivencias del final de la vida están determinadas por la forma en la que vivió durante la juventud y en la adultez, y explica cómo habría que prepararse para llegar a esta etapa de la vida. Esta visión de Platón acerca de la vejez es positiva y le da mucha importancia a la prevención y la profilaxis. En cambio, Aristóteles presenta una imagen más negativa de la persona mayor, compara a la “senectud”, como deterioro y ruina y la ubica como la tercera y cuarta etapa de la vida; la considera como un período lleno de debilidades, digna de compasión social e inútil. Las personas mayores son caracterizadas como desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas.

En el Antiguo Testamento, es considerada de una forma positiva y sublimatoria. Se destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de las personas mayores, convirtiéndolas en un ejemplo o modelo, así como en guía y enseñanza. Su Santidad Benedicto XVI nos recuerda que: *“es importante reconocer la presencia de un número creciente de ancianos como una bendición para la*

sociedad. Cada generación puede aprender de la experiencia y la sabiduría de la generación que la precedió” (Tarazona, 2012).

Durante la Edad Media, destaca dos representantes, por un lado, San Agustín que dignifica la visión cristiana de la persona mayor ya que de ella se espera un equilibrio emocional y la liberación de las ataduras de los deleites mundanos, y por otra, Santo Tomás de Aquino que refuerza el estereotipo aristotélico de la vejez como período decadente, física y moralmente, en el que las personas mayores están marcadas por comportamientos de interés únicamente personal.

En la época renacentista, se rechaza lo “senil” y lo “viejo”, se evade el tema de la muerte, otorgándose una imagen melancólica de la persona mayor. En la época barroca, destacan grandes poetas y pensadores de tiempos pasados que se ocuparon muy a fondo del proceso de envejecimiento. Así, por ejemplo, aparecen autores como Shakespeare, Schopenhauer, Hölderlin y Humboldt que consideran la vejez no sólo como una “época difícil” sino también como una etapa de la vida que ofrece aspectos agradables. Estas aportaciones filosóficas y otras manifestaciones humanas relevantes acerca de la vejez son los antecedentes, principalmente, de la Geriátrica y constituyen la fase de arranque en la investigación sobre el envejecimiento (Carbajo, 2008).

La vejez no puede ser definida por un asunto de simple cronología sino más bien por las *“condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas. De este modo, pueden observarse diferentes edades biológicas y subjetivas en personas con la misma edad cronológica lo cual ocurre porque el proceso de envejecimiento es personal y cada sujeto puede presentar involuciones a diferentes niveles y en diversos grados al declinar ciertas funciones y capacidades más rápidamente que otras”*. La

vejez es además una realidad social y experiencial (Hernández, n.d.)

Envejecimiento: Aspectos epidemiológicos

El envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la transición demográfica, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado. La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2015).

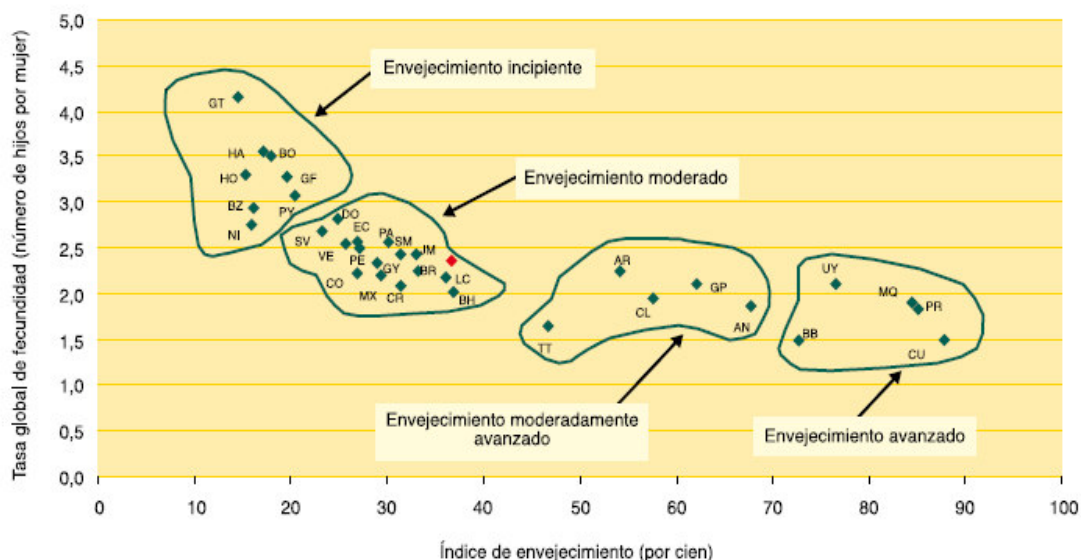
Los países a nivel mundial han sido divididos en cuatro grupos de envejecimiento, en función de las tasas de fecundidad y el índice de envejecimiento (Cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100). los cuales se muestran en el siguiente cuadro y gráfico: (Naciones Unidas, 2009)

Niveles de envejecimiento a nivel mundial, 2009

Nivel de envejecimiento	Tasas fecundidad	Índice de envejecimiento	Países
Fase incipiente	Más de 3,3 hijos por mujer	Inferior a 17%.	Belice, Bolivia, Guatemala, la Guayana Francesa, Haití, Honduras, Nicaragua y el Paraguay
Fase moderada	Entre 3 y 2,3 hijos por mujer	Entre el 20% y el 32%	Las Bahamas, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname y la República Bolivariana de Venezuela
Moderadamente avanzado	2,5 y 1,7 hijos por mujer	51% a 33%.	Las Antillas Neerlandesas, Argentina, Chile, Guadalupe y Trinidad y Tabago
Avanzado	Las más bajas de fecundidad	Supera el 65%.	Barbados, Cuba, Martinica, Puerto Rico y Uruguay

Elaboración propia

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UBICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN LA ETAPA DE ENVEJECIMIENTO EN QUE SE ENCUENTRAN, 2007



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del cuadro A.4 del anexo.

En el caso de América Latina y el Caribe hay actualmente 121,7 mujeres de 60 años y más por cada 100 hombres de la misma edad. Entre las personas mayores hay un predominio femenino, que es más acentuado en los países con una esperanza de vida superior a los 60 años. Además, se ensancha la brecha de

sobrevivencia entre mujeres y hombres a medida que la población envejece. En las personas mayores de 75 años de la región el índice de feminidad es de 142 mujeres cada 100 hombres(Naciones Unidas, 2009)

En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año 1982, tomó los 60 años como la edad umbral. La Organización Mundial de la Salud (1984) establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y así evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronte, entre otras. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad. La Organización de las Naciones Unidas(1996) denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General(MIMDES, 2006a)

En nuestro país, se entiende por persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años de edad. (Ley N°30490, 21 de julio 2016). Según esta misma ley, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables es la que ejerce rectoría sobre la promoción y protección de los derechos de la persona adulta mayor y es la encargada de normar, promover, coordinar, dirigir, ejecutar, supervisar, fiscalizar, sancionar, registrar información, monitorear y realizar las evaluaciones de las políticas, planes, programas y servicios a favor de ella, en coordinación con los gobiernos regionales, gobiernos locales, entidades públicas, privadas y la sociedad civil, que brindan las facilidades del caso. La ley (art 7) otorga a la familia-cónyuge o conviviente, los hijos, los nietos, los hermanos- en ese orden de prelación, el deber de: velar por su integridad física, mental y emocional así como satisfacer sus necesidades básicas de salud, vivienda,

alimentación, recreación y seguridad (Congreso de la República, 2016).

El Estado (art 19º) establece que la persona adulta mayor tiene derecho a la atención integral en salud, -entiéndase prevención de problemas de salud mental- igualmente (art 25º) debe proteger a la persona adulta mayor que se encuentre en situación de riesgo: pobreza o pobreza extrema; dependencia o fragilidad, o sufra trastorno físico o deterioro cognitivo que la incapacite o que haga que ponga en riesgo a otras personas, así como víctimas de cualquier tipo de violencia.

Respecto al buen trato que deben recibir las personas adultas mayores, el Estado (art 27º) debe fomentar acciones dirigidas a promover y proteger sus derechos fundamentales, priorizando el respeto por su dignidad, independencia, autonomía, cuidado y no discriminación. Entiéndase por buen trato la ausencia de violencia física, psicológica, sexual, económica, abandono, negligencia, estructural e institucional.

En el marco de esta ley (art 28º) se considera violencia contra la persona adulta mayor cualquier conducta única o repetida, sea por acción u omisión, que le cause daño de cualquier naturaleza o que vulnere el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza; y, respecto a los tipos de violencia se identifican a la violencia física, sexual, psicológica, patrimonial o económica y también aquella violencia a través de todo tipo de abandono, ya sea en la calle, en el hogar u otros (art 29º).

Concomitante a este marco legal, es importante recordar que el envejecimiento conlleva una serie de modificaciones que afectan a los distintos sistemas corporales; en lo que respecta al sistema

nervioso, se produce una pérdida de conectividad nerviosa, y aunque hay evidencias de una cierta capacidad regeneradora del tejido nervioso, caracterizada por una hipertrofia de las células que se encuentran próximas a las dañadas y un aumento de su árbol dendrítico, tal capacidad está disminuida en la población anciana (Gómez, 2007).

2.3.2 La salud mental: determinantes y su impacto en el adulto mayor

La salud mental es definida por la OMS (2013) como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (Organización Mundial de la Salud OMS, 2013).

La definición de salud según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud es: « ..un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». En esta definición se enfatiza completo bienestar mental. Es por ello, que la OMS precisa que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2015). Existe evidencia que indica que las enfermedades físicas y mentales pueden acompañar, seguir o precederse una a otra, así como hay evidencia que indica que los trastornos mentales aumentan el riesgo de enfermedad física y viceversa (Organización Mundial de la Salud, 2004).

La salud mental y el desarrollo integral de las personas están influenciados por características económicas, sociales y culturales que actúan negativamente. Uno de los principales obstáculos para la salud pública en general y la salud mental en particular, es la pobreza que si bien se ha reducido de 25.8% de la población en 2012 a 23.9% en 2013, para muchos peruanos la disminución de la pobreza solo existe “en los números” en reportes del Instituto Nacional de Estadística, y consideran que su vida diaria se caracteriza por una serie de privaciones. Otros factores asociados constituyen el desempleo, subempleo, desnutrición, carencias educativas, desprotección social y jurídica, déficit sanitarios y de salud entre otros. Estas condiciones desde la perspectiva del Ministerio de Salud, generan dos fenómenos de gran implicancia para la salud mental: exclusión social y anomia (Dirección General de Promoción de la Salud- Ministerio de Salud, 2004).

El concepto de salud mental está íntimamente ligado al de desarrollo humano, por lo que promover la salud mental es una manera de aportar a este desarrollo integral y al ideal de equidad y justicia social. La pérdida de la salud mental disminuye la posibilidad de alcanzar todos o parte de esos resultados. La ausencia de salud mental está asociada con los estresores psicosociales, el desempleo, la exclusión social y la pobreza, constituyendo así una gran carga para el individuo, la familia y la sociedad, y representando sufrimientos y discapacidades, afectando la productividad y produciendo un efecto negativo en el desarrollo social y económico (Dirección General de Promoción de la Salud- Ministerio de Salud, 2004).

Los trastornos mentales “son universales, esto quiere decir que afectan a las personas de todos los países y están presentes en todas las etapas de la vida, sin diferencia de sexo, ni condición socio económica o área de procedencia, urbana o rural. Los

trastornos mentales no son un problema sólo de *las regiones industrializadas y más ricas del mundo, no sólo está presente en las áreas urbanas, también subsiste en las comunidades rurales*" (Rodríguez, Kohn, & Aguilar-Gaxiola, 2009). La OMS enfatiza que entre las condiciones adversas que tienen un impacto significativo en el desarrollo de los trastornos mentales se encuentran la pobreza y falta de acceso a la educación (Organización Mundial de la Salud, 2004) igualmente entre los grupos con mayor riesgo de padecer trastornos mentales, se encuentran las mujeres, personas que no están casadas o viven solas, y la personas con enfermedades físicas y personas discapacitadas (Jané & Gabilondo, 2008)

Uno de los componentes que afecta la salud mental del adulto mayor es el afectivo o emocional del adulto mayor, que en muchas ocasiones se ve privado del calor familiar, de las interacciones sociales, lo cual afecta gradualmente diversas funciones biológicas, cognitivas o sensoriales y, con ella, una mayor vulnerabilidad a variados agentes o factores patógenos Casey (2015) citado por Tello-Rodriguez et al., 2016)

La depresión en la población de adultos mayores es un factor de riesgo de la discapacidad funcional y puede anunciar una mortalidad prematura, ya que las personas con depresión son más proclives, entre dos y tres veces, a padecer dos o más enfermedades crónicas, y tienen, entre dos y seis veces, más posibilidades tener, por lo menos, una limitación en sus actividades diarias, si se compara con grupos más jóvenes. (Jané & Gabilondo, 2008). Inclusive se ha llegado a determinar que las personas con depresión mayor tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (Organización Mundial de la Salud, 2013)

En Europa las personas mayores con depresión son el grupo que presenta el índice más elevado de suicidios y que alcanza la cifra más alta en los mayores 85 años (Jané & Gabilondo, 2008).

Un informe de la OMS revela que *“alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta a nivel mundial. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida y que las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad. Cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas”*.(Organización Mundial de la Salud, 2004)

Un trastorno mental muy frecuente entre los varones es el consumo de alcohol entre las personas mayores, sobre todo en hombres, y especialmente en aquellos que padecen exclusión social, solteros, separados o divorciados. El uso problemático del alcohol está asociado con el deterioro generalizado de la salud física, psicológica, social y cognitiva.(Jané & Gabilondo, 2008)

Un hecho preocupante de cómo abordar y reducir la prevalencia de trastornos mentales en la población en general y particularmente en la población adulta mayor es que los sistemas de salud no están preparados para dar una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. Existen cifras alarmantes en los países de ingresos bajos y medios, que señalan que entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos

elevados: entre un 35% y un 50%. El *Atlas de Salud Mental 2011* de la OMS señala que el gasto mundial anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 por persona en los países de ingresos bajos; el 67% de esos recursos económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos. Por lo que es importante e impostergable la reorientación de esta financiación hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general lo cual permitiría que muchas más personas accedieran a intervenciones mejores y más costoefectivas.(Organización Mundial de la Salud, 2013)

2.3.3 Síndrome depresivo: prevalencia, factores de riesgo y medición

Según la OMS(2016) la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

La Depresión se encuentra clasificada en la CIE-10 dentro de los Trastornos del humor(Afectivos) F30-39. Según el MINSA en su Guía de Práctica define la depresión como un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de

la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren(MINSA, 2012).

La depresión es un trastorno del ánimo con una prevalencia en los mayores de 65 años con valores de 16,5% en la comunidad y un 29% en la atención primaria, sin embargo menos de la mitad de los pacientes con depresión son reconocidos(Aldana & Pedraza, 2012)

En el Perú una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida y se calcula que esta cifra llegue a un 12%. Según la Asociación Psiquiátrica Americana el 15% de las personas que la sufren tienen conducta suicida. Los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (Instituto Especializado de Salud Mental,2013)según la CIE-10 respecto a los episodios depresivos, reportan cifras diferenciadas para la Sierra Rural para el 2008(27,8%), Lima Metropolitana (22,0%) y para la Sierra Rural para el 2003(15,3%), tal como se aprecia en la tabla adjunta (Tabla 7).

Tabla 7. Episodio depresivo en la población adulta mayor por áreas. Estudio Epidemiológico de Salud Mental 2003, 2008 y 2012.

Área	Año	Prevalencia de vida	Anual	Últimos 6 meses	Actual
Sierra Rural	2003	15,3%	5,0%	4,1%	3,9%
Selva Rural*	2008	27,8%	5,9%	4,5%	1,8%
Lima Metropolitana*	2012	22,0%	6,7%	5,3%	3,8%

* Episodios depresivos de moderado a severo

La prevalencia de la depresión varía sustantivamente dependiendo de las circunstancias en que los adultos mayores se encuentren: 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad; 15-35% de los que viven en residencias; 10-20% de

los adultos mayores hospitalizados; 40% de los adultos mayores que tienen un trastorno somático y reciben tratamiento; y, 50% de los adultos mayores hospitalizados en centros psiquiátricos(Gómez, 2007).

Igualmente la prevalencia varía dependiendo del tipo de instrumento que se ha empleado para medir la depresión en el adulto mayor. Los estudios que han utilizado criterios para calcular la prevalencia de depresión conjuntamente con otros temas de salud, han encontrado prevalencias entre el 1 y el 3%; en cambio, aquellos estudios que han utilizado herramientas exclusivas para los adultos mayores han encontrado prevalencias de 11 al 16%(Aldana & Pedraza, 2012).

Por otro lado, las investigaciones que han estudiado poblaciones institucionalizadas muestran igualmente variaciones. Es así, que (Borda et al., 2013) señala que la población institucionalizada sufre en un 24,2 % de depresión leve y en un 12,1% de depresión severa; y coincide también la tendencia expresada por el estudio sobre depresión en adultos mayores institucionalizados efectuado en Cuba (González CM., 2001) en el que el 27.1% de los residentes en los hogares geriátricos tenía depresión leve, el 16.6% moderada y el 14.4% severa. Un estudio realizado en Vizcaya-España, (Alonso, y otros, 2004), en jubilados mayores de 70 años, mostró en la población institucionalizada que el 37,3% sufría de depresión moderada-grave; el 20,7 % de depresión grave y el 4,9% padecía sintomatología de depresión leve moderada.

En Estados Unidos según Hybels & Blazer (2003) citado por (Borda et al., 2013), la estimación de la depresión en personas mayores que viven en la comunidad es del 1-5 %, pero se eleva al 13,5 % en aquellos que requieren atención médica domiciliaria y

al 11,5 % en los pacientes mayores hospitalizados. Según esta misma referencia el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, realizado en adultos mayores de cinco estados, halló que la prevalencia anual del trastorno depresivo mayor era del 2,6 %, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida fue del 4,4 % (8).

García Serrano & Tobías Ferrer(2001) encontró una prevalencia de depresión de 16% en una población de 173 adultos mayores en un área básica urbana de salud, con el test de Yesavage >15. Por su parte Serra Taylor & Irizarry-Robles, (2015) con una muestra de 45 participantes entre los 60 y los 86 años, y empleando la Escala de Zung, encontró que un 68,9% presentaba algún tipo de sintomatología depresiva, donde uno de cada tres adultos mayores (33,3%) presentó síntomas de depresión moderada o severa.

Clasificación de la depresión

Para clasificar los estados depresivos se han desarrollado sistemas internacionales de diagnóstico siendo los más utilizados el de la Asociación Psiquiátrica Americana (Association, 2013). Según esta clasificación deben estar presentes cinco (o más) de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido; disminución importante del interés o el placer; pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; insomnio o hipersomnia; agitación o retraso psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones y pensamientos de muerte recurrentes; como durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo. Fundamentalmente deben estar presentes

dos síntomas: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM V, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

El CIE-10 lo plantea como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

A continuación los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM V-TR

F32.0 Episodio depresivo leve CIE-10

- A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo
- B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes
 - 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas
 - 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
 - 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad
- C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro:

1. Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima
2. Sentimientos no razonables de auto-rreproche o de culpa excesiva e inapropiada
3. Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar concentrarse, tales como indecisión o vacilación
4. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
5. Cualquier alteración del sueño
6. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

F32.1 Episodio depresivo moderado CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 descritos en el criterio B de F32.0

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos 6 síntomas:

1. Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada
3. Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar concentrarse, tales Como indecisión o vacilación
4. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
5. Cualquier alteración del sueño

6. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Sin embargo, en el caso de la depresión en los adultos mayores se aprecian rasgos diferenciales: episodios más largos y prolongados, mayor frecuencia de agitación y ansiedad que de inhibición, mayor pérdida de apetito, insomnio más intenso, menor tristeza, más irritabilidad, mayor presencia de somatizaciones e hipocondría, mayor riesgo de suicidio, trastornos cognitivos y mayor presencia de elementos paranoides entre otros. Es por ello, que presentamos la clasificación desarrollada por (Conde-Sala & Jarne, 2006) que clasifica la depresión en el adulto mayor en:

- A. **Depresión Mayor.** Los síntomas depresivos tienen una duración mayor de dos semanas. Existe un predominio del estado de malestar. Puede ir acompañada o no de melancolía, con o sin síntomas psicóticos y constituir un episodio único o bien recurrente. Se describen constantes déficits de memoria y en ocasiones puede evolucionar hacia la demencia. Lo que es característico de este tipo de depresión en los adultos mayores es la mayor presencia de síntomas somáticos: falta de energía, trastornos del sueño, trastornos del apetito. Las alucinaciones pueden ser más comunes también en personas mayores. Pueden presentarse finalmente ideas de suicidio.
- B. **Depresión menor.** Es un trastorno con una intensidad menor de los síntomas, aunque más recurrente, con una duración de al menos dos semanas. No se relaciona al estrés como desencadenante.
- C. **Trastorno adaptativo depresivo.** En este caso, los síntomas depresivos se relacionan claramente con algún factor estresante de tipo psicosocial (jubilación, duelo,

cambio de entorno, etc.). Su duración no debe alargarse más de 6 meses una vez desaparecido el factor estresante.

- D. ***Depresión endógena, reactiva y orgánica.*** Son términos que no aparecen en el DSM-IV, ni en la clasificación de la OMS y sin embargo son utilizadas habitualmente en la clínica. En el caso de la depresión endógena los factores principales serían los de personalidad, en el caso de la depresión reactiva los acontecimientos vitales estresantes y en el caso de la depresión orgánica, ésta acompañaría a las patologías somáticas

Factores de riesgo de la Depresión en el adulto mayor

La depresión no sólo “*engendra un extraordinario sufrimiento personal y familiar, sino que también tiene repercusiones sociales importantes, tales como un mayor uso de los servicios sociales y médicos (Jonhson, Weissman y Klerman, 1992), costes enormes derivados del tratamiento (Conwell, 1996) y una pérdida de productividad debida al absentismo laboral (Greenberg, Stiglin, Finkelstein y Berdnt, 1993)*” citados por (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000).

Los factores de riesgo clínico más significativos para la cronificación son padecer otro síndrome psiquiátrico importante (p.ej., un trastorno de ansiedad), con una enfermedad médica y un diagnóstico y/o un tratamiento inadecuado. Cuanto más se tarde en detectar y tratar el trastorno depresivo menor es la probabilidad de que el tratamiento evite la cronicidad del trastorno (Thase y Howland, 1994). (Goodwin y Jamison, 1990; Thase y Howland, 1994) citados por (Vázquez et al., 2000).

En los países desarrollados se ha encontrado de modo consistente que el riesgo de que las mujeres sufran una depresión

en comparación con los hombres es de 2:1 (Culbertson, 1997; Nolen-Hoeksema, 1990) y de 3:1 ó 4:1 en los países en desarrollo (Culbertson, 1997), citados por Vázquez, Muñoz, & Becoña(2000)

En lo referente a la asociación con la pobreza el diez por ciento pasan por episodios de depresión (Bruce, Takeuchi y Leaf, 1991), igualmente la depresión es la principal causa de muerte por suicidio (Conwell,1996).

La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor es del 3% para los hombres y del 6% para las mujeres. La prevalencia de vida oscila entre 9-12% en los hombres y el 20-25% en las mujeres (American Psychiatric Association, 1993; Kessler et al., 1994; Regier, Kaelber, Roper, Rae y Sartorius, 1994). La depresión también parece que correlaciona significativamente con un nivel educativo más bajo, no ser de raza blanca, de edad más joven, un menor apoyo social y desempleo (Noll y Dubinsky, 1985), citados por Vázquez, Muñoz, & Becoña(2000)

Gómez(2007) plantea factores de enmascaramiento de la depresión en el anciano, y que se muestran en el cuadro adjunto y que pasan desapercibidos a los trastornos somáticos que con mayor frecuencia forman parte del espectro depresivo como son las alteraciones del sueño, del apetito y otras(Gómez, 2007).

Factores de enmascaramiento de la depresión en el anciano

1. Muchos ancianos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse
2. No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración, sean atribuidos erróneamente al envejecimiento
3. El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad
4. Más de dos tercios de los pacientes presentan quejas somáticas predominantes, y hasta en el 30% la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad. Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, etc., junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza
5. La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física tienen también depresión.
6. La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarlo sólo con neurolepticos.
7. La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo, conduciendo a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar una pseudodemencia

Elaborado a partir de: Miranda C. Depresión. Manual terapéutico del anciano 2002 [consultado 2/10/2005]. Disponible en:
<http://www.clientes.spainconsulting.com/sefh/manuales/manualterapeutico/depresion/depresion.html>

Otros autores que abordan la depresión en el adulto mayor y los factores de riesgo, si bien difieren en las clasificaciones que emplean Gómez Ayala(2007) los dividen en factores predisponentes, contribuyentes y precipitantes; el MINSA(2006) en su Guía Práctica de Trastornos Mentales los divide en estilos de vida y hereditarios, sin embargo coinciden en la identificación de dichos factores como por ejemplo aquellos relacionados a la dinámica familiar, personales, biológicos y también ambientales. Por lo tanto, en la depresión en los adultos mayores, confluyen múltiples factores como genéticos, cambios de la edad, comorbilidades y factores estresantes que hacen que se desencadene la enfermedad (Tabla 8).

Tabla 8. Factores de riesgo de la Depresión en el Adulto Mayor por autor y criterios de clasificación

Autores	Predisponentes	Contribuyentes	Precipitantes
Tomado de (Gómez Ayala, 2007) quien ha Elaborado a partir de: Zarragoitia I. La depresión en la tercera edad. geriatrianet.com (revista electrónica) [consultado 15/10/2004]. Disponible en: http://www.geriatrianet.com	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura de la Personalidad (dependientes, pasivo-agresivo, obsesivos) 2. Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión 3. Predisposición biológica (genética, neurofisiológica y neurobioquímica) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situación socio-económica 2. Dinámica familiar 3. Grado de escolaridad 4. Pertenencia a un grupo étnico 5. Formas de violencia 6. Comorbilidad orgánica y mental 	Crisis propias de la edad Abandono Aislamiento Sentimiento de desesperanza Muerte de familiares y amigos Pérdida económica Agudización de síntomas de enfermedades crónicas Discapacidad y disfuncionalidad Dependencia
(Conde-Sala & Jarne, 2006)	Biológicos	Psicológicos	Psicosociales
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución de los neurotransmisores (noradrenalina, acetilcolina, dopamina y serotonina) 2. Accidentes vasculares cerebrales especialmente en el hemisferio izquierdo. 3. Procesos arterioescleróticos 4. Comorbilidad: enfermedad de Parkinson 40-50%; Alzheimer 20-40%; Cáncer 20%, de los casos está asociado a la depresión. 5. Algunos medicamentos favorecer la depresión: ej. antihipertensivos, algunos fármacos antineoplásicos y los corticoides. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jubilación y viudez 2. Krassoievitch(1993) citado por Conde, considera tres factores: pérdidas significativas en la infancia, incapacidad previa para afrontar situaciones difíciles y la personalidad previa. 3. Apatía, impotencia y agotamiento 4. Baja autoestima 	Acontecimientos vitales que pueden precipitar una depresión en los ancianos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Muerte de familiares y/o cónyuge, 2. Emancipación de los hijos. 3. Rupturas de pareja 4. Ruptura con los hijos, etc 5. Falta de relaciones sociales y/o apoyo social.
Fiske, Wetherell, & Gatz(2009)	Psicosociales	Físicos	Biológicos
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución del soporte socio-familiar, 2. Pérdida del estatus tanto social como económico. 3. Mayor aislamiento social 4. Menores recursos económicos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de enfermedades físicas, 2. Discapacidad que originan las enfermedades 	Fenómenos neurodegenerativos, que pueden conducir a la aparición de cuadros depresivos.
MINSA(2006)	Estilos de vida	Hereditarios	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carencia de estabilidad emocional 2. Dinámica familiar: Falta de unidad familiar; inestabilidad emocional padres; familias separadas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia familiar 2. Predisposición biológica 3. Factores bioquímicos 4. Factores ambientales 	

Elaboración propia

Instrumento PHQ-9 empleado por la ENDES 2014 - 2015

Existen múltiples escalas y guías de entrevista para la detección de la depresión en la población adulta en atención primaria en salud mental, las mismas que tienen limitaciones derivadas de su aplicación y el objetivo de las mismas, por cuanto algunos requieren gran entrenamiento de quien las aplica y en otros casos, demandan mucho tiempo para su aplicación. Por otro lado, es importante que los profesionales que trabajan en atención primaria cuenten con instrumentos fáciles de aplicar, válidos y confiables que les permitan identificar y manejar pacientes con enfermedad mental. La falta de un diagnóstico adecuado puede llevar a un tratamiento inadecuado.

Un equipo de investigadores (Tejada, Jaramillo, Sánchez Pedraza, & Sharma, 2014) realizaron una búsqueda selectiva de literatura en las bases de datos PUBMED y SciELO de estudios sobre instrumentos, escalas y herramientas utilizados para la evaluación psiquiátrica en adultos en atención primaria en salud. Emplearon los términos MeSH "Primary Health Care", "Mental Disorders/diagnosis" "Mass Screening" y "Questionnaires". Para la búsqueda en SciELO utilizaron los DeCS correspondientes a los anteriores términos MeSH. Seleccionaron estudios publicados en idioma inglés y español, en adultos y sin restricción de tiempo. En total encontraron 325 artículos. De estos excluyeron 197 porque no describían instrumentos, no eran específicos para atención primaria en salud mental o su población eran niños y adolescentes. Los 128 artículos restantes hacían referencia a 40 instrumentos. De estos, 33 corresponden a escalas, 3 a entrevistas estructuradas y 4 a pruebas cognitivas. Un resumen de los instrumentos encontrados y sus propiedades psicométricas se muestra en la siguiente tabla:

Escala para la evaluación psiquiátrica en adultos en atención primaria en salud

	Aplicación	Sensibilidad %	Especificidad %
Primary Care Evaluation of Mental Disorders PRIME-MD (1,2,13,17,18)	Cuestionario autoreporte/ Entrevista estructurada	72-81	66- 100
Depression in the Medically Ill-18 DMI-18 (3)	Autoreporte	89-97	59-83
Beck Depression Inventory for Primary Care BDI PC (3,19)	Autoreporte	74-83	72-80
Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-D (3,19)	Autoreporte	74-86	75-76
Patient Health Questionnaire PHQ-9 (3,19-22)	Autoreporte	68-93	75-96
Web-Based Depression and Anxiety Test WB-DAT (4)	Autoreporte asistido por computador	63-95	87-97
My Mood Monitor M-3 checklist (10)	Autoreporte	82-88	70-80
Alcohol Use Disorders / Identification Test AUDIT (11,23)	Autoreporte	55-94	79-98
General Health Questionnaire GHQ (14)	Autoreporte	32-68	65-93
Symptom Check-List SCL-90-R (14)	Autoreporte	39-75	59-95
Patient Health Questionnaire PHQ (16,24)	Autoreporte	75-87	88-90
Self-Report Questionnaire SRQ (2,26)	Autoreporte	63-90	44-95
Four-Item Questionnaire (27)	Autoreporte	78	95
Center for Epidemiologic Studies-Depression scale CES-D (17,23)	Autoreporte	73-92	70-74
GDS 15 (28)	Autoreporte	76-82	64-98
GDS 30 (28)	Autoreporte	77	65
Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS (17)	Autoreporte	72-89	86-95
Postpartum Depression Screening Scale PDSS (17)	Autoreporte	78	85
Social Anxiety Screening Questionnaire (29)	Autoreporte	84	67
Kessler 10 K-10 (30)	Autoreporte	72-78	73-79
Whiteley-7 scale (31)	Autoreporte	71-100	62-65
Early Detection Primary Care Checklist PCCL (32)	Heteroaplicada	89	60
Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care SDDS-PC (33)	Cuestionario de autoreporte / Entrevista estructurada / Registro de seguimiento (asistida por computador)	43-90	54-98
Provisional Diagnostic Instrument-4 (34)	Autoreporte	80-83	73-82
Case-finding and Help Assessment Tool CHAT (35)	Autoreporte	26-96	40-97
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test ASSIST (36)	Autoreporte	54-97	50-96
Substance abuse and mental illness symptoms screener SAMISS (37)	Autoreporte	86-95	49- 75
International HIV Dementia Scale IHDS (37)	Autoreporte	53-86	32-80
Cuestionario SCOFF para trastorno de conducta alimentaria (38)	Autoreporte	84,6	89,6
single-item screening test for unhealthy alcohol use (39)	Pregunta única	81,8	79,3
4-item Primary Care Post-Traumatic Stress Disorder screen PC-PTSD (40)	Autoreporte	78	87
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale OASIS (41)	Autoreporte	89	71
Hopkins Symptom Checklist-25 HSCL-25 (42)	Autoreporte	89	60-73

Respecto a la detección del trastorno depresivo en atención primaria para los adultos, los resultados sugirieron que el Patient Health Questionnaire (PHQ) al igual que la Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), y la Herramienta Mundial de Evaluación en Salud Mental (GMHAT) pueden ser recomendados como estrategias de tamización en depresión ya que han demostrado mayor utilidad en el nivel de atención primaria (Tejada et al., 2014)

El Instrumento PHQ-9 fue desarrollado por los autores Drs. Robert L. Spitzer Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y cols con el apoyo de la Compañía Pfizer (www.pfizer.com), que tiene los derechos reservados del instrumento.

En 1994, los Drs Robert L. Spitze, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores desarrollaron una entrevista estructurada para detectar problemas psiquiátricos en el nivel de atención primaria (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders [PRIME-MD]*) (Spitzer RL, 1994), que comprendía dos etapas. En una primera fase el Cuestionario del Paciente (PQ), incluía veinticinco preguntas de autoinforme, a través de las cuales se evaluaba la presencia de diez síntomas psicológicos y quince síntomas somáticos en el último mes para responder “Sí” o “No”. Si el paciente respondía afirmativamente a cualquiera de los grupos de síntomas en el cuestionario, pasaba a una segunda fase (Guía de Evaluación Clínica [CEG]), en la cual un entrevistador entrenado conducía una entrevista estructurada de doce páginas. El instrumento evaluaba cinco grupos de trastornos mentales: 1) estado de ánimo, 2) ansiedad, 3) trastornos somatomorfos, 4) trastornos relacionados con el uso de alcohol y 5) trastornos alimenticios. En la validación inicial con una muestra de mil pacientes mostró que el 39% cumplía los criterios de algún diagnóstico psiquiátrico; además, sus propiedades psicométricas y de confiabilidad fueron adecuadas (Castro-Camacho et al., 2012).

Posteriormente con la finalidad de disminuir el tiempo de administración, con base en el PRIME-MD, Spitzer y sus colaboradores desarrollaron una medida de autoinforme el Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire [PHQ]*), abreviado, que podía ser respondido directamente por el paciente o responder a las preguntas leídas. El estudio inicial de validación del PHQ se realizó con una muestra de tres mil participantes y demostró adecuados índices de sensibilidad (75%) y de especificidad (90%); posteriormente, se realizó un estudio con el objeto de evaluar la validez del PHQ en español, para ello lo aplicaron en 1003 pacientes hospitalizados en España seleccionados al azar durante un periodo de dieciocho meses (Díez-Quevedo C, 2001). En esta oportunidad, al igual que en las pruebas anteriores, el PHQ en la versión española mostró adecuada sensibilidad (87%) y especificidad (88%). A partir del PHQ original se han desarrollado varias versiones, entre ellas el PHQ-15 que, como su nombre lo indica, consta de quince preguntas dirigidas a detectar fundamentalmente síntomas somáticos en contextos hospitalarios, sin embargo, no permite establecer diagnósticos de trastornos psiquiátricos. El PHQ-9 es otra versión modificada que se desarrolló para detectar depresión y ha demostrado altos índices de validez y confiabilidad en la medida de depresión y en diferentes grupos culturales (Baader et al., 2012) (Cassiani-Miranda, 2015).

Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas dos semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a:

0	1	2	3
Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días

Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtienen las siguientes clasificaciones:

Puntuaciones para determinación de diagnóstico de Síndrome Depresivo

Síndrome depresivo	Puntuación
Síndrome depresivo mayor si:	5 o más de los 9 incisos se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días”. • Ya sea el inciso 1 ^a o 1b es positivo, es decir, al menos “Más de la mitad de los días”.
Síndrome depresivo menor si:	De los 9 incisos, b, c o d se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días”. • Ya sea el inciso 1 ^a o 1b es positivo, es decir, al menos “Más de la mitad de los días”.

Puntuaciones para determinación de planificación e inicio de tratamiento por depresión

Puntuación	Interpretación
≤ 4	La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión.
≥ 5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
≥ 15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.

En el contexto peruano, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), dentro del marco del desarrollo de “Algoritmos de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión” realizó la validación por juicio de expertos del PHQ-9 (Calderón et al., 2012), como primer paso para su validación en el contexto peruano. Esta validación se realizó en una reunión técnica con la presencia de especialistas en salud mental, incluyendo 23 psiquiatras, 3 psicólogos y una enfermera.

El resultado de la validación a través de los expertos fue que el PHQ-9 es un buen instrumento para el diagnóstico de depresión, y que puede ser de fácil uso en el contexto del sistema de atención primaria en el Perú. Concluyeron

que el PHQ-9 es un instrumento válido para diagnosticar depresión, a juicio de los expertos, para ser aplicado en el Perú. Sugirieron la validación de criterio en poblaciones costeñas, de la sierra y de la selva, que además permita detectar variaciones en la sensibilidad y especificidad del instrumento dependientes de los contextos socioculturales que existen en el país.

2.3.4 Consumo problemático de alcohol: magnitud y factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud señala que el consumo de alcohol es un problema de salud pública; el uso nocivo del mismo es el causante de muchas enfermedades, representa una carga social y económica para las familias y la sociedad en general.

Según la Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre Alcohol y Salud Pública en las Américas, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58,3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD perdidos) y el 3,2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo en 2000. De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2007)

El último informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015) describe un panorama muy serio y alarmante respecto al consumo excesivo del alcohol, que se resume en los siguientes datos:

- *“En las Américas y en todo el mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad.*
- *Se consume más alcohol en la Región de las Américas que en el resto del mundo*

- *El consumo excesivo ha pasado de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en los varones.*
- *En el 2012 se produjo una muerte cada 100 segundos y fue responsable de más de 300.000 defunciones ese año; de ellas, más de 80.000 no habrían ocurrido si no hubiese intermediado el consumo de alcohol.*
- *El consumo de alcohol contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales.*
- *El alcohol tuvo que ver con 274.000.000 de años de vida sana perdidos (AVAD)*
- *Se estima que 5,7% de la población de la Región declaró sufrir algún trastorno debido al consumo de alcohol, aunque el número probablemente sea mayor.*
- *El alcohol provoca perjuicios graves no solo a quienes beben en exceso sino también a las personas que rodean a los bebedores.*
- *Entre los daños a los demás cabe mencionar los síndromes de alcoholismo fetal, la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica.*
- *El alcohol cobra costos importantes a la sociedad, sobre todo en detenciones, pérdida de puestos de trabajo o consultas a los servicios de salud. Además, las mujeres son las más afectadas por el consumo de alcohol de otras personas.*
- *Los grupos socioeconómicos menos favorecidos suelen padecer más repercusiones con un mismo nivel de consumo que los más pudientes, quizá por la falta de acceso a la atención sanitaria o por la mayor exclusión social”.*

La Organización Mundial de la Salud en la Nota Descriptiva N°349 (OMS, 2016) de enero del 2015 proporciona datos y cifras realmente muy preocupantes alrededor del consumo del alcohol. Algunos de estos datos:

- *“Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.*
- *El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.*
- *El 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).*
- *El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana.*

- *Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.*
- *Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto".*

La OMS desarrolló el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, el cual fue traducido por (Babor, Higgins-biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) denomina al alcoholismo como "síndrome de dependencia del alcohol" y se encuentra clasificada en la CIE-10 dentro de los Trastornos Mentales debidos al Alcohol y Sustancias Psicotropas (F10-F19). Por lo tanto, tratándose de un síndrome de dependencia se cita la siguiente definición:

Síndrome de dependencia de alcohol:

"...conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe".

Adicionalmente este Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol precisa que para tipificar a una persona como alcohólica deben estar presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses tres o más de las siguientes manifestaciones:

- *"Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol;*
- *Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.*

- *Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.*
- *Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas;*
- *Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.*
- *Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño”*

El consumo de alcohol se le describe en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (1).

El consumo de riesgo se refiere a un patrón de consumo de alcohol que incrementa el riesgo de la presencia de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. El consumo problemático o perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona.

La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del

alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él (1).

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), en el caso del adulto significa de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión.

El AUDIT (Babor et al., 2001) es un instrumento que fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para detectar el consumo excesivo de alcohol en el nivel de la atención primaria. Es un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente por cuanto, muchas veces el propio paciente y el clínico no identifican al paciente alcohólico. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N°. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4).

El AUDIT se diferencia de otros tests de screening para el Alcoholismo porque se basó en *“datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un racionamiento estadístico-conceptual explícito para la selección de ítems, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez»”(Babor et al., 2001).*

El consumo excesivo de alcohol no es sólo un problema de jóvenes sino también entre los adultos mayores, lo cual representa un problema serio de salud pública. El costo y los efectos sobre la salud en este grupo poblacional derivados del

consumo excesivo de alcohol son sustanciales y su magnitud es probable que aumente a la par con el envejecimiento de la población, igualmente, el alcohol puede exacerbar trastornos médicos que son comunes en las personas mayores, como lo son la insuficiencia cardíaca y la hipertensión Saitz (2005) citado por (Marín, 2015)

El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo perjudicial de alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad(Monteiro, 2013)

Es importante destacar que existe una fuerte relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de una persona de ser perpetrador o víctima de violencia. La violencia o los maltratos relacionados con el alcohol incluyen violencia en la pareja, maltrato infantil, violencia juvenil, violencia sexual y maltrato y abuso de adultos mayores(Monteiro, 2013)

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías(Gossop, 2008) señala que hasta el 10 % de la población de mayores de los Estados Unidos son consumidores masivos o problemáticos de alcohol y que entre el 2 % y el 4 % cumple los criterios diagnósticos de consumo o dependencia del alcohol. En Europa, la cifra asciende a 27 % de las personas de 55 años o más declara que consume alcohol a diario, lo cual indica que este grupo poblacional tiene un riesgo relativamente alto de experimentar problemas con la bebida. El consumo excesivo de alcohol en personas mayores puede agravar los

problemas médicos asociados al envejecimiento lo cual aunado al consumo combinado de drogas eleva el riesgo de sufrir problemas sociales y de salud. Los medicamentos aparentemente inocuos, de venta con o sin receta, pueden interaccionar con el alcohol, causando una sedación excesiva y un mayor riesgo de sufrir accidentes y lesiones. Igualmente, el consumo combinado de alcohol y otras drogas puede provocar problemas en las personas mayores, incluso si el consumo de alcohol es leve o moderado. Los adultos mayores consumen con frecuencia depresores del sistema nervioso central (como benzodiazepinas y analgésicos opiáceos). Los efectos adversos de estos fármacos se potencian incluso con cantidades pequeñas de alcohol.

Factores asociados al Consumo problemático de Alcohol

La Organización Mundial de la Salud agrupa a los factores asociados al alcoholismo en dos grandes grupos: individuales y sociales, los cuales influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades (Organización Mundial de la Salud OMS, 2016).

Dentro de los factores sociales incluyen el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como la globalidad y los niveles de aplicación y cumplimiento de las políticas pertinentes. Al tratarse de un fenómeno muy complejo no existe un único factor de riesgo dominante, cuanto más factores vulnerables converjan en una persona, más probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo de alcohol.

Es conocido que el alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el

volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. El consumo nocivo de alcohol no solo afecta a las personas que lo consumen sino también a su entorno social, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. El consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad.

El Informe de la situación regional sobre el consumo de alcohol en las Américas (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015) esquematiza los factores antes mencionados en un intento de exponer el consumo de alcohol y sus consecuencias, para la persona, la familia y la sociedad. El siguiente esquema muestra los factores sociales y los factores personales de vulnerabilidad.

FIGURA 1. Modelo causal conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud.



^a La calidad del alcohol que se consume también puede constituir un factor.

^b El desarrollo de los sistemas de salud y bienestar social, y la economía en su conjunto.

Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014). Based on Rehm et al., 2010 and Blas et al., 2010.

Factor edad:

Mientras que el consumo de alcohol en general disminuye con la edad, los bebedores de más edad suelen consumir alcohol con más frecuencia que otros grupos etarios. Además, como las personas envejecen, sus cuerpos son típicamente menos capaces de manejar los mismos niveles y patrones de consumo de alcohol como en años anteriores en la vida, lo que lleva a una elevada carga de las lesiones no intencionales, tales como caídas relacionados con el alcohol. La carga relacionada con el alcohol entre los grupos de mayor edad es un problema de salud pública cada vez mayor debido a que la población que envejece rápidamente en muchos países en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Factor sexo:

El Informe de la situación regional sobre el consumo de alcohol en las Américas (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015) señala que el alcohol es el factor de riesgo más importante de muerte en varones de 15-59 años, sin embargo, hay evidencia de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los daños relacionados con el alcohol a partir de un determinado nivel de consumo de alcohol o de un patrón de consumo particular (Organización Mundial de la Salud, 2006) y porque puede tener graves consecuencias para la salud y los recién nacidos. La preocupación respecto al consumo del alcohol en las mujeres se centra en que éstas tienden a sufrir más los problemas causados por el alcohol aun ingiriendo las mismas cantidades que los hombres. Este mismo informe señala que en las Américas, los trastornos por consumo de alcohol, es la más alta del mundo.

Consumo de alcohol en el adulto mayor.

El consumo de alcohol en los adultos mayores ancianos es un tema poco estudiado, primero porque se considera que en esta población es un problema infrecuente a diferencia de la población más joven y en segundo lugar, cuando un adulto mayor es diagnosticado con esta adicción el éxito en el tratamiento es limitado. Entre un 10% a 30% del consumo de alcohol en adultos es de comienzo tardío, probablemente relacionado con situaciones estresantes o angustia(Sadi, 2012). En las mujeres por su menor cantidad de agua y mayor cantidad de grasa corporal junto con una menor actividad de la enzima Alcohol Deshidrogenasa gástrica la concentración alcanzada en sangre es mayor que la alcanzada por los hombres a igual cantidad ingerida, razón por la que las mujeres consumen menos bebidas alcohólicas que los hombres en todas las edades, son más sensibles a los efectos del alcohol y se aceptan cifras de consumo más baja en relación a los diferentes niveles de riesgo que los hombres.

Uno de los problemas muy frecuentes en la población adulta mayor es que entre el 60% al 80% de la población mayor de 65 años recibe medicamentos y aproximadamente 50% consume alcohol, aproximadamente 80% de la medicación recibida interactúa con el alcohol(Sadi, 2012), por lo que las interacciones entre los medicamentos y el alcohol son potencialmente peligrosas, más aún conociendo que se producen cambios en la composición corporal (disminución del agua y aumento proporcional de la grasa) con afectación de la distribución y metabolismo, una mayor sensibilidad cerebral a sus efectos, menor capacidad homeostática y enfermedades crónicas que pueden empeorar por el consumo concomitante de alcohol. La sedación y el deterioro de la función psicomotora se ve potenciada cuando el alcohol se combina con benzodiazepinas,

antidepresivos tricíclicos, relajantes musculares, antihistamínicos, opioide, fenobarbital, gabapentina, pregabalina, lamotrigina, barbitúricos. En los ancianos estas interacciones pueden ocurrir aún en aquellos que consumen poca cantidad.

Otros de los problemas asociados al consumo de alcohol en el adulto mayor es el riesgo de intento de suicidio, así como el estar separado o divorciado y el abuso de otras sustancias (Preuss et al., 2011). Igualmente existen estudios que demuestran asociación entre enfermedad depresiva, violencia y consumo excesivo de alcohol, tanto así, que puede predecir en la pareja, la violencia del hombre contra la mujer (Sadi, 2012), siendo significativamente más frecuente entre los hombres mayores de 65 y 74 años, las personas mayores con parejas (no casadas) y las personas mayores financieramente independientes (Rusac, 2015).

2.3.5 Violencia conyugal: definiciones, prevalencia y factores de riesgo

La violencia en el Perú es un problema social de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de los pueblos, se instala de manera silenciosa en numerosas familias y deja sus terribles secuelas, muchas veces irreversibles en la vida de sus víctimas, llegando en ocasiones extremas a ocasionar la muerte (Viviano, 2008).

La Organización Mundial de la Salud en su Informe mundial sobre la violencia la define como *“el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos,*

trastornos del desarrollo o privaciones”(Organización Mundial de la Salud, 2002)

En nuestro país, se han emitido normas legales sobre el adulto mayor (Congreso de la Republica, 2016) y contra la Violencia Familiar y Sexual (Congreso de la República, 2000) que definen violencia como: “cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como violencia sexual, que se produzca entre: cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no al momento de producirse la violencia”.

La definición de la OMS vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Se entiende el “poder”, como el “uso intencional de la fuerza física”, incluidas las amenazas y la intimidación; también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes. La intencionalidad no significa necesariamente intención de causar daño. Un hijo puede sacudir vigorosamente a su padre anciano que se niega a probar alimento, la fuerza es tal, que le produce una fractura; en este caso, el empleo de la fuerza es evidente, pero no existió la intención de lastimar.

Si bien el envejecimiento no es una «catástrofe», sí plantea un desafío de políticas públicas. El envejecimiento es un fenómeno a largo plazo y es posible introducir mecanismos gradualmente para hacer frente al mismo.

Es posible prevenir la violencia y disminuir sus efectos, cambiando los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, ya sea los dependientes de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias. La violencia se puede prevenir.

Respecto a la definición del maltrato a las personas mayores, la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Toronto define el maltrato a las personas adultas mayores como: *“La acción única o repetida o la falta de la respuesta apropiada que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”*. La violencia a los adultos mayores puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia o abandono (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003).

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) hoy denominado Ministerio de la Mujer y Personas Vulnerables (MIMP), ejerciendo activamente su política normativa sobre las personas adultas mayores, publicó en el mes de marzo del 2005 la Resolución Ministerial No. 156-2005 mediante la cual se aprobó el documento de Lineamientos de Política para la Prevención del Maltrato y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (MIMDES, 2006b). Este importante documento, posiciona al Perú entre los países de la región de América Latina que incorporan en sus legislaciones temas de maltrato en contra de las persona adultas mayores, dicta pautas y principios rectores de las acciones que a nivel de los Gobiernos regionales y locales se tomen para prevenir el maltrato y defender los derechos de la población adulta mayor través de Defensorías de Personas Adultas Mayores.

En Julio del año 2006, se aprobó la Ley N° 28803 Ley de las Personas Adultas Mayores (Congreso de la República, 2006), la misma que en su artículo primero establece que el objetivo es “dar un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las personas adultas mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad y, en su artículo segundo, se entiende por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 o más años de edad.

El Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2006-2010 (MIMDES, 2006a) incorpora cuatro políticas: envejecimiento saludable; empleo, previsión y seguridad social; participación e integración social; y educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Se establece que las personas no envejecen en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, por lo que para establecer estrategias adecuadas para sus cuidados, así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios destinados a las personas mayores, planteó clasificarlas en tres grandes grupos:

- **Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente:** aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, que son actividades tales como: cocinar, limpiar, comprar, lavar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición. Posee autonomía mental

- **Persona Adulta Mayor Frágil:** aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociada con un aumento de la susceptibilidad a discapacitarse. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.
- **Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada:** aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas mayores que viven en la comunidad tienen esta condición. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.

El Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) es el órgano encargado del diseño y ejecución de las políticas públicas referidas a la atención, prevención, recuperación y desarrollo de capacidades de las personas afectadas por hechos de violencia familiar y sexual como a una mejora de la calidad de vida de las familias peruanas, dentro de una cultura de paz, desarrollo y equidad de género.

El Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) del MIMDES a través de los Centros de Emergencia Mujer (CEMs) es a la fecha el Programa del Estado especializado en la atención de casos de violencia familiar en el Perú y constituyen la más grande red de servicios estatales de atención frente a esta problemática en el país.

Los CEMs son servicios públicos especializados y gratuitos de atención integral y multidisciplinaria para víctimas de violencia familiar y sexual. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones

Vulnerables (MIMP) antes Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) a través del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual reportó que a diciembre del 2013 contaba con 200 Centros Emergencia Mujer a nivel nacional, cubriendo todas los departamentos del país, 166 provincias (85,1%) y 199 distritos (10,8%) de los 1 838 existentes en el Perú (MIMP, 2014).

El Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables reportó en el 2013, que se atendieron a 42 887 mujeres (87,3%) y 6 251 hombres (12,7%) en los Centros Emergencia Mujer; el 30,2% correspondió a niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años); el 65,6% a personas adultas (18 a 59 años) y el 4,2% a personas adultas mayores (60 a más años). Respecto a los tipos de violencia, el 50% ha sido víctima de violencia psicológica; el 38,7% violencia física y el 11,3% de violencia sexual. En cuanto a los casos de feminicidio 131 casos (46,5%) se concretaron y 151 casos fueron tentativa de feminicidio (53,5%), sumando un total de 282 casos registrados. Las mujeres adultas (18 a 59 años) representan el 88,3%; mientras que las mujeres adultas mayores (60 a más años) representan el 3,9%. Las mujeres adultas mayores víctimas de feminicidio y tentativa de feminicidio fueron agredidas principalmente por su pareja (27,3%) y, seguido por otro familiar (36,3%). Entre los presuntos motivos de feminicidio y tentativa de feminicidio tenemos: celos (43%), la víctima decide separarse de la pareja (30%), negación a ser pareja (12%), entre otros (MIMP, 2013).

Modelos de explicación de la violencia (Barahona, 2006)

1. El Modelo Intrapersonal

La violencia tendría su origen en alguna característica del sujeto agresor más que a causas externas, tales como: trastornos de

personalidad, trastorno mental, habituación a drogas y alcohol; aunque no parece que los sujetos con trastornos mentales sean más violentos que otros individuos. Alcoholismo y drogadicción, serían factores precipitantes que ayudan a liberar el impulso violento

2. El Modelo Psicosocial

Este enfoque desarrolla el efecto y/o influencia de la vida cotidiana, social como facilitadora de la violencia. Ello incluye al estrés, la transmisión de la violencia de una generación a otra, pautas de interacción familiar, teorías como la del aprendizaje, la frustración-agresión y la del intercambio. Según esta teoría, la conducta violenta configuraría un comportamiento socialmente aprendido. Así, la perspectiva psicosocial, considera relevante el aprendizaje en la génesis de los comportamientos violentos.

3. El Modelo Sociocultural

Este modelo se dirige a las variables de la estructura social, sus funciones, las subculturas y los sistemas sociales. Dentro de esta visión se considera que los valores y las normas sociales dan significado al uso de la violencia, por ello, ciertos sectores sociales serían más violentos que otros, por tener reglas culturales que darían legitimidad al uso de la violencia, agregado a la condición de combinar un nivel más alto de estrés con menores recursos. Así, el individuo o la sociedad usan la violencia para mejorar o mantener su propio estatus. En el caso de la relación hombre-mujer, la violencia se produciría cuando el esposo fracasa en la posesión de habilidades sobre las cuales afirma su estatus superior. En el caso de la maternidad-paternidad, la violencia contra los niños tendría el carácter de un instrumento ejercido a través del castigo y la imposición disciplinaria para conseguir sus intenciones, cuando los hijos no cumplen con las expectativas de los adultos.

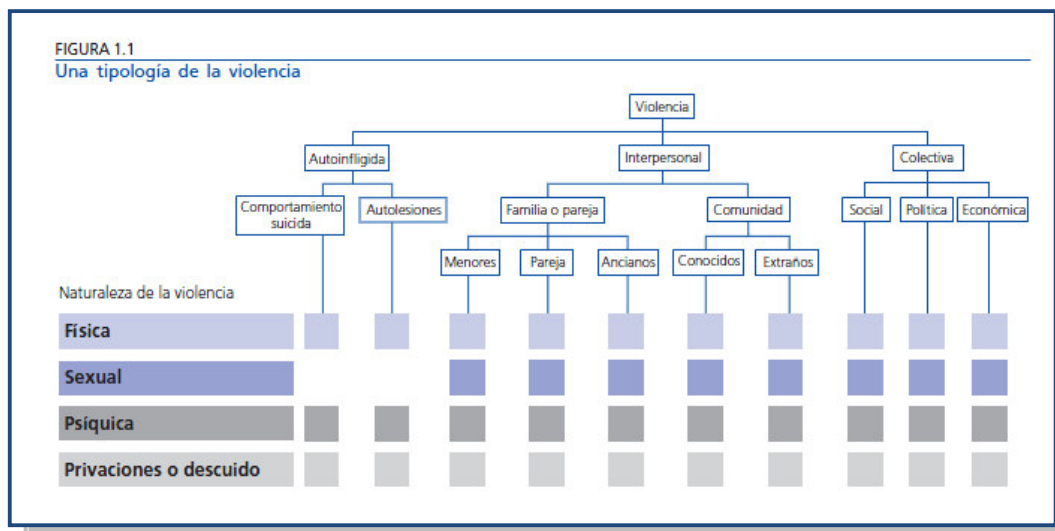
Se afirma que el potencial de violencia no se expresa exclusivamente del hombre hacia la mujer, sino en general del fuerte hacia el débil, que incluye a niños y adultos mayores. Por tanto, las estructuras sociales que involucran formas violentas repercuten en todas las relaciones humanas.

Tipología de la violencia

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, (resolución WHA49.25) declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo susceptible de intervención y estudio y solicitó a la Organización Mundial de la Salud que elaborara una tipología de la violencia para caracterizar los diferentes tipos de violencia y los vínculos entre ellos. Hay pocas clasificaciones taxonómicas y ninguna es completa.

El Informe Mundial sobre la Violencia (OMS) clasifica la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia: la violencia autoinfligida; la violencia interpersonal; la violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo (maltrato al anciano) o un número pequeño de individuos y la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas. Estas tres categorías generales se subdividen a su vez en otros tipos de violencia más específicos. Respecto a la naturaleza de los actos de violencia, puede ser: física; sexual; psíquica; que incluye privaciones o descuido. Estos cuatro tipos de actos de violencia, con excepción de la autoinfligida, suceden en cada una de las categorías generales y sus subcategorías descritas con anterioridad, tal como se aprecia de la figura adjunta.



En el caso de nuestro país, de acuerdo a la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar se identifican tres tipos de violencia: Psicológica, Física y Sexual tanto en su modalidad de acción y omisión. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) distinguen tipos de violencia que afectan a las personas adultas mayores:

- a) Violencia psicológica:** Son aquellos maltratos psicológicos en modo de acción u omisión, que recibe la persona adulta mayor por parte de sus familiares o allegados (Ley 26260). Las agresiones psicológicas suelen anteceder o acompañar a la violencia física. Algunas modalidades de violencia psicológica más comunes son: Gritarles cuando se les habla; insultos; indiferencia y descuido a sus necesidades; desvalorización, humillación, burlas; amenazas de daño o muerte a la persona adulta mayor; amenazas de botar de la casa; Impedimento de recibir visitas; rechazo; abandono (ignorar por completo responsabilidades de atención y cuidados); otras modalidades intencionales que causen daño psicológico.

- b) Violencia física:** son los maltratos físicos, en modo de acción u omisión, dirigidos a la persona adulta mayor por parte de cualquier familiar o allegado (Ley 26260). Entre las modalidades tenemos: empujones; puntapiés o patadas; puñetazos; bofetadas; jalones de cabello; tirar al suelo; golpes con palos, leñas, maderas, bastones; ahorcamiento o intento de asfixia; latigazos, correazos, pegar con sogas; herir con arma punzocortante o arma de fuego; golpes con otros objetos contundentes (piedras, fierros, botellas, herramientas); otras agresiones físicas con el cuerpo (arañazos, mordeduras, rodillazos, cabezazos, pisotones, etc) y otros; negligencia: considerado así a todo aquel descuido o abandono que produzca daño o lesión física.
- c) Violencia Sexual:** Se considera así a la acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente se considerará violencia sexual al hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas. Entre las modalidades chantaje sexual; violación sexual (incluye todo tipo de penetración); sexo oral no consentido; tocamientos no consentidos; sexo interfemoral o coito seco no consentidos; exhibición premeditada de los genitales o exhibirse en actos masturbatorios; explotación sexual; y otros.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Esta es una investigación observacional, porque no se manipula deliberadamente ninguna situación, las variables independientes ya ocurrieron y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, al igual que sus efectos. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa del investigador, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010)

Atendiendo a la clasificación de los estudios observacionales, este es un estudio transversal, porque los datos se han recolectado en un solo momento, es único. Es un diseño transversal correlacional, porque las causas y los efectos ya ocurrieron en la realidad (estaban dados y manifestados) y quien investiga los observa y reporta asociaciones (Hernandez Sampieri et al., 2010).

En este caso, se extrajeron los datos de la ENDES 2014 y la ENDES 2015. Para estimar la prevalencia de síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal los datos se obtuvieron del Cuestionario de Salud (submuestra: personas de 60 y más años de edad) para así estudiar sus cambios y analizar la correlación de los problemas de salud mental con las variables demográficas (edad,

sexo, grado de instrucción, lugar de residencia, contar con pareja, contar con seguro de salud, pobreza y presentar discapacidad).

Descripción de las ENDES

Esta investigación se basa en el análisis de datos de una fuente secundaria que es la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014 y 2015) la misma que recoge datos acerca del comportamiento de diferentes variables, en una muestra representativa, lo cual permite realizar inferencias a nivel nacional; y además permite calcular prevalencias y ser el punto de partida para el diseño de programas y políticas públicas. El emplear datos secundarios que tienen inferencia de carácter nacional, reduce costos y tiempo de ejecución que para un solo investigador sería imposible llevar a cabo. Por otro lado, la información contenida en las bases de datos disponibles como la ENDES provienen de un proceso de investigación riguroso, sistemático, metodológico y con altos estándares de calidad.(Dirección de Epidemiología y Demografía, 2015).

Al respecto, la investigación tipo Encuesta según García, Ibáñez, & Alvira(1986) *“...utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características”*.

La ENDES en el Perú nació en 1986 como parte del Programa Mundial de las Encuestas de Demografía y Salud (Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Demographic and Health Surveys, MEASURE-DHS). Este programa internacional proporciona financiamiento y asistencia técnica a más de 90 países, con la finalidad de avanzar en la comprensión global de las tendencias de

salud y población en los países en desarrollo(Díaz, J.J., Agüero, J.M, & Sérurier, 2013)

La ENDES en sus inicios se aplicó cada cinco años, la ENDES II (1991-92), ENDES III (1996), y ENDES IV (2000). A partir del 2004, la ENDES pasó a un diseño de encuesta continua para un periodo de 5 años (ENDES 2004-2008), y en 2009 a un diseño de encuesta continua para un periodo de 3 años (ENDES 2009-2011, y (ENDES 2012-2014).

La ENDES 2014 y 2015, tiene tres cuestionarios, uno al Hogar y sus miembros, el otro, a todas las Mujeres en edad fértil, es decir, de 15 a 49 años de edad y el Cuestionario de Salud a una persona de 15 años a más. La cobertura temática por tipo de cuestionario es la siguiente:

Cuestionario del Hogar:

1. Características: demográficas, salud (acceso al seguro de salud), económicas, discapacidad, educativas de los miembros del hogar.
2. Características básicas de la vivienda: Servicios básicos (agua, desagüe y alumbrado), equipamiento del hogar, estructurales (piso, paredes y techo).
3. Programas sociales No Alimentarios: Programa BECA 18, Programa Nacional TRABAJA PERU, Programa JUNTOS y Programa PENSIÓN 65.
4. Programas Sociales Alimentarios: Programa Social Vaso de Leche, Programa Social Comedor Popular, Programa Social Wawa wasi/Cuna Más y Programa Social Qali Warma.
5. Registro de la medición antropométrica (peso y talla) en niños y mujeres en edad fértil.
6. Registro de los niveles de hemoglobina.
7. Prueba de Yodo en la Sal y Prueba de Cloro Residual en el Agua.

Cuestionario Individual de la Mujer:

1. Características demográficas y sociales
2. Historia reproductiva
3. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
4. Atención pre-natal, asistencia del parto y atención puerperal
5. Embarazo y lactancia
6. Inmunización
7. Prevalencia de IRA y EDA
8. Desarrollo Infantil Temprano
9. Nupcialidad
10. Preferencia de fecundidad

11. Experiencia laboral
12. Conocimientos y actitudes respecto al SIDA y otras ITS
13. Mortalidad Materna
14. Violencia Doméstica

Cuestionario de Salud

1. Hipertensión y Diabetes
2. Factores de riesgo de las Enfermedades No transmisibles
3. Salud Ocular y Bucal en Adultos
4. Prevención y Control de Cáncer
5. Tuberculosis
6. VIH / SIDA
7. Salud Mental
8. Salud, Bucal, ocular y mental en niñas y niños
9. Mediciones de Antropometría y Presión Arterial

El método de recolección de datos es por Entrevista directa con personal debidamente capacitado y entrenado, que visita las viviendas seleccionadas durante el período de recolección de datos, generalmente de marzo a diciembre de cada año. La información se obtiene a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, por lo que cabe la posibilidad de que la información obtenida no siempre refleje la realidad.

Marco Muestral y tamaño de la muestra:

La ENDES actualmente identifica cuatro grupos como la población objetivo del estudio: (Díaz, J.J., Agüero, J.M, & Sérurier, 2013)

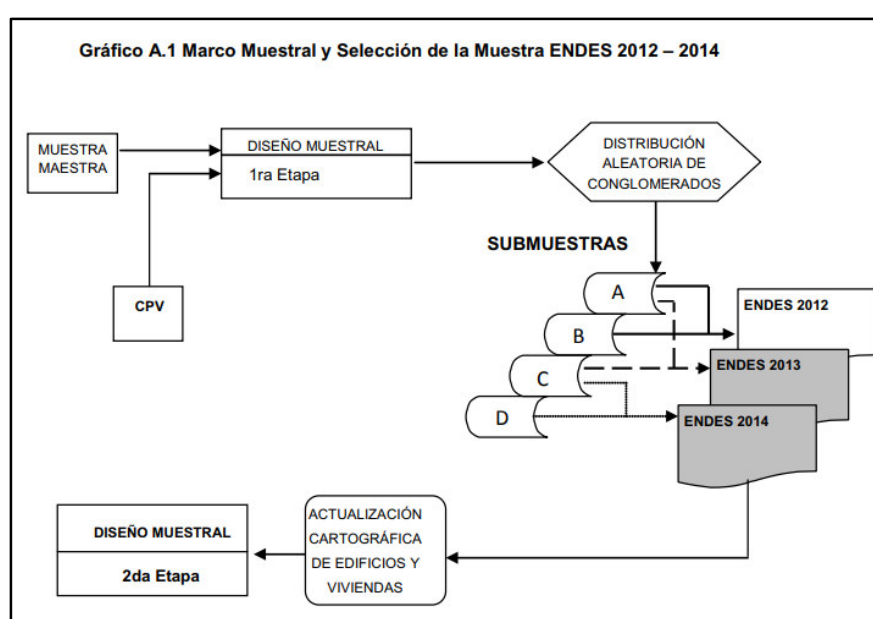
1. Hogares particulares y sus miembros. Se incluye a los residentes del hogar y a personas que no siendo residentes pernoctaron en la vivienda la noche anterior al día de la entrevista.
2. Todas las mujeres en edad fértil (MEF), es decir mujeres de 15 a 49 años de edad.
3. Los niños menores de 5 años de edad.
4. Todas las personas de 40 años a más.

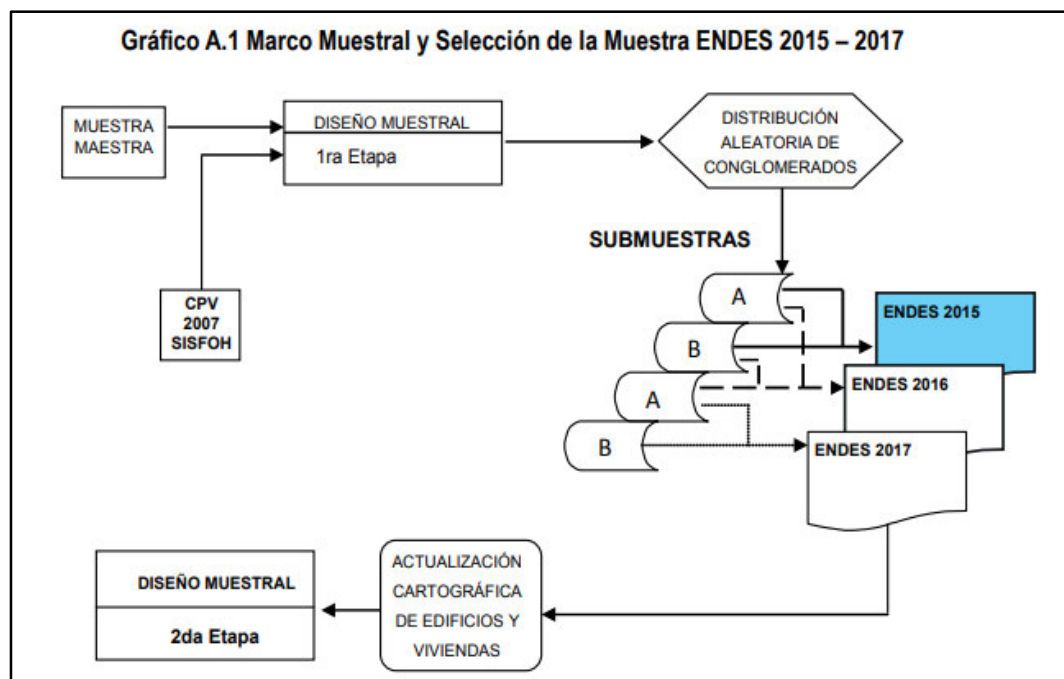
El INEI ha agregado la Sección VII: Salud Mental a partir de la ENDES 2014 para la población mayores de 15 años, lo cual nos ha

permitido estudiar la submuestra de los adultos mayores (sesenta y más años de edad).

El marco muestral de la ENDES 2014 corresponde a la ENDES Continua 2012 – 2014 y la ENDES 2015 a la ENDES Continua 2015 - 2017. Ambas encuestas son bietápicas, utilizan un marco muestral en cada una de las etapas de la selección de las unidades de muestreo. *Para la primera etapa: selección de UPM (conglomerados), utilizan la información del Censo de Población y Vivienda del 2007 y la Actualización del Sistema de Focalización de Hogares -SISFOH 2012-2013. Para la segunda etapa: selección de USM (viviendas), utilizan el marco muestral proveniente de la actualización cartográfica y registro de edificios y viviendas realizada previamente a las entrevistas, con el objetivo de identificar y registrar cambios en las áreas seleccionadas. Producto de este proceso se tiene un registro actualizado de viviendas que en ese momento existían en el área, el cual constituirá el marco de muestreo para la selección de viviendas.*(Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012), (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015a)

Ambos marcos muestrales se muestran en los gráficos siguientes:





En el siguiente cuadro se describen las unidades de muestreo en el área urbana y rural para la ENDES 2014 y la ENDES 2015 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012), (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015a):

ÁREA URBANA	ENDES 2014	ENDES 2015
La Unidad Primaria de Muestreo (UPM),	representada por el conglomerado el cual es el área geográfica conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 120 viviendas particulares, en promedio.	representada por el conglomerado el cual es el área geográfica conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 140 viviendas particulares, en promedio
La Unidad Secundaria de Muestreo (USM),	Es la vivienda particular que integra la UPM seleccionada.	

ÁREA RURAL	ENDES 2014	ENDES 2015
La Unidad Primaria de Muestreo (UPM),	<ul style="list-style-type: none"> El conglomerado el cual esta conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 120 viviendas particulares, en promedio, El AER (área de empadronamiento rural) el cual esta conformado por uno o varios centros poblados rurales que en conjunto tienen 120 viviendas particulares (por lo general dispersas en el terreno). 	<ul style="list-style-type: none"> El conglomerado conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 140 viviendas particulares, en promedio. El AER (área de empadronamiento rural) conformado por uno o varios centros poblados rurales que en conjunto tienen 140 viviendas particulares (por lo general dispersas en la extensión territorial
La Unidad Secundaria de Muestreo (USM),	Es la vivienda particular que integra la UPM (AER seleccionado).	

Total de viviendas y muestras encuestadas en las ENDES 2014 y ENDES 2015

Características	ENDES 2014*	ENDES 2015**
Total viviendas encuestadas	29 mil 941 viviendas	34 mil 208 viviendas
Niños	10 mil 16 niños	25 mil 257 niños
Mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	24 mil 800 mujeres en edad fértil,	36 mil 655 mujeres en edad fértil
Personas de 15 y más años de edad	27 mil 633 mujeres y hombres	34 mil 583 mujeres y hombres
Personas de 60 y más años de edad	5248 adultos mayores	6163 adultos mayores

Elaboración propia

*(Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015b)

** (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016)

En la ENDES 2015 de las 35 mil 850 viviendas que fueron seleccionadas, lograron entrevistar a 34 mil 208 viviendas, con una tasa de respuesta de viviendas de 98,7%, tasa que varía ligeramente de acuerdo al departamento. Las tasas más bajas se encontraron en la provincia de Lima, la Provincia Constitucional del Callao y Moquegua (95,2%, 97,1% y 97,2% respectivamente) y la más altas en los departamentos de Ayacucho y San Martín (99,9% y 99,7% respectivamente). (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015a)

En las ENDES se aplican el factor de ponderación, ello para que las estimaciones derivadas sean representativas de la población, es necesario multiplicar los datos de cada hogar muestral por el peso o factor de ponderación calculada según el diseño muestral. *El factor final para cada hogar tiene dos componentes: el factor básico de muestreo y el factor de ajuste por la no respuesta. El factor básico de expansión es determinado por el diseño de la muestra y equivale al inverso de la probabilidad final de selección de cada vivienda. Esto quiere decir que los factores básicos de expansión varían según el departamento de estudio. Finalmente, el factor de ajuste por no respuesta es utilizado para ajustar los factores básicos de muestreo con el objetivo de tomar en cuenta las viviendas no entrevistados en el conglomerado. Este ajuste a los factores básicos es realizado a nivel de departamento.* (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015a)

Unidad de análisis:

La unidad de análisis para la presente investigación está definida por el registro de una persona encuestada de 60 y más años de edad que respondió la Sección VII Salud Mental en la ENDES 2014 y la ENDES 2015.

Criterio de Inclusión:

- Registro de una persona participante del ENDES 2014 y 2015.
- Registro del participante de 60 y más años de edad.

Criterios de Exclusión:

- Registros perdidos o en blanco.

3.2 Hipótesis

1. Existe asociación entre el síndrome depresivo, el consumo problemático de alcohol y la violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según las ENDES 2014 y 2015.
2. Existe asociación entre la condición de ser mujer, poseer bajo nivel de instrucción, ser pobre, no tener pareja, tener alguna discapacidad, y la probabilidad de presentar síndrome depresivo en la población adulta mayor según la ENDES 2014 y 2015.
3. Existe asociación entre la condición de ser hombre, poseer mejor nivel de instrucción, ser menor de 75 años y la probabilidad de presentar consumo problemático de alcohol en la población adulta mayor según la ENDES 2014 y 2015.
4. Existe asociación entre la condición de ser mujer y poseer bajo nivel de instrucción con la probabilidad de presentar violencia conyugal en la población adulta mayor según la ENDES 2014 y 2015.

3.3 Variables de la investigación

Variables Independientes seleccionadas:

Características socio demográficas del adulto mayor encuestado:

1. Sexo
2. Edad
3. Grado de instrucción

4. Tener Pareja
5. Lugar de residencia
6. Índice de riqueza
7. Seguro de salud
8. Discapacidad

Variables Dependientes:

1. Síndrome depresivo
2. Consumo problemático de alcohol
3. Violencia conyugal

3.4 Operacionalización de las variables

Las variables independientes se seleccionaron del Cuestionario del Hogar y el Cuestionario Individual y las variables dependientes del Cuestionario de Salud (Sección VII: Salud Mental), tomando como base el Diccionario de variables publicado por el INEI en su propia página web (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014a) y que se presenta en el siguiente cuadro.

Variable	Definición	Indicador	Escala de medición	Categorías ENDES	Tablas descriptivas	Chi cuadrado y OR	Multivariante
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Registro del ENDES: QSSEXO	Nominal	Hombre Mujer	Hombre Mujer	Hombre Mujer	Hombre Mujer
Edad	Años cumplidos al momento de la encuesta	Registro del ENDES: QS23	Razón	-	60 a 74 años 75 a 84 años 85 y más años	60 a 74 años 75 a 84 años 85 y más años	60 a 74 años 75 y más años
Relación con Jefe de Familia	Relación de parentesco de los residentes habituales o de aquellas personas que pasaron la noche anterior en el hogar, con respecto al Jefe o jefa del Hogar.	Registro del ENDES: HV101	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Es Jefe familia Es esposo(a) Padre/madre Suegro/Suegra Otros 	Relación con el jefe de familia <ul style="list-style-type: none"> Es Jefe familia Es esposo(a) Padre/madre Suegro/Suegra Otros 	<ul style="list-style-type: none"> Es Jefe familia Es esposo(a) Padre/madre Suegro/Suegra Otros 	-
Grado de Instrucción	Último nivel de estudios alcanzados	Registro del ENDES: QS25A	Ordinal	Primaria Secundaria Superior universitaria Superior no Universitaria Postgrado	Sin educación:0 Primaria:1 Secundaria:2 Superior:3	Sin educación:0 Primaria:1 Secundaria:2 Superior:3	Con instrucción:1,2,3 Sin instrucción:0
Estado Civil	Clase o condición conyugal de una persona en el orden social.	Registro del ENDES: HV115	Nominal	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado No viven juntos	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado Separados	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado Separados	-
Pareja	Presencia de persona en una relación afectiva en los últimos 12 meses(casado o conviviente).	Registro del ENDES: QS709	Nominal	SI No	SI No	SI No	SI No
Lugar de Residencia	Zona urbana o rural donde vive. Área geográfica de residencia donde se encuentra la vivienda.	Registro del ENDES: HV025	Nominal	Urbana Rural	Urbana Rural	Urbana Rural	Urbana Rural
Índice de Riqueza	Índice que permite conocer la riqueza (nivel socio económico) con que cuenta el hogar,	Registro del ENDES: HV270	Ordinal	Primer Quintil Segundo Quintil Tercer Quintil Cuarto Quintil Quinto Quintil	Primer Quintil:1 Segundo Quintil:2 Tercer Quintil:3 Cuarto Quintil:4 Quinto Quintil:5	Primer Quintil:1 Segundo Quintil:2 Tercer Quintil:3 Cuarto Quintil:4 Quinto Quintil:5	Pobreza Si:1,2 No: 3,4,5
Seguro de Salud	Presencia de un seguro de Salud del informante	Registro del ENDES: SH11A, SH11B, SH11C, SH11D, SH11E, QS26	Nominal	SI No	SI No	SI No	SI No
Discapacidad	Persona que presenta una limitación física, sensorial o psíquica que la incapacita permanentemente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida	Registro del ENDES: QH13A1, QH13A2, QH13A3, QH13A4, QH13A5	Nominal	Moverse Ver Oír Hablar Entender	Discapacidad para: Moverse Ver Oír Hablar Entender	Discapacidad Si No	Discapacidad Si No

VARIABLES DEPENDIENTES

Variable	Definición	Indicador	Escala de medición	Categorías ENDES	Tablas descriptivas	Chi cuadrado y OR	Sustento
Síndrome depresivo	Conjunto de síntomas caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas	Puntuación de: QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I Nunca: 0 Varios Días: 1 Más de la mitad de los días: 2 Casi todos los días: 3	Razón	Sin Depresión Depresión menor Depresión Mayor	Sin Depresión Depresión menor Depresión Mayor	Sin Depresión Depresión menor Depresión Mayor	Criterios establecidos en el Cuestionario PHQ_9 (Kroenke , Spitzer, & Williams , 2001) para la determinación de síndrome depresivo
Consumo Problemático del alcohol	Consumo de alcohol que incrementa el riesgo de la presencia de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste	Registro del ENDES: Q713	Nominal	Si No No sabe/no recuerda Rechusa	Si No	Si No	Juicio de Expertos
Violencia Conyugal	La acción única o repetida o la falta de la respuesta apropiada que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza	Registro del ENDES: Q710	Ordinal	Nunca/no Rara vez (1-2 veces) A veces (3-5 veces) A menudo (6 veces o más)	Nunca/no: 1 Rara vez (1-2 veces):2 A veces (3-5 veces):3 A menudo (6 veces o más):4	Si:2,3,4 No**:1	Si: 1 a más fue golpeado. No:** Referido a adultos mayores con pareja (n=6274)

Síndrome depresivo (últimos 14 días): La ENDES 2014 y la ENDES 2015 seleccionó el Patient Health Questionnaire conocido como el Cuestionario PHQ-9 porque consta de nueve preguntas, cada una de las cuales aplica una escala de 0 a 3 puntos, lo cual al final proporciona una puntuación total de 0 a 27 puntos.

- 0 = Nunca
- 1 = Varios días
- 2 = Más de la mitad de los días
- 3 = Casi todos los días

El Cuestionario PHQ_9 (Kroenke , Spitzer, & Williams , 2001) permite determinar síndrome depresivo mayor y menor”[sic]. (Anexo 01).

Síndrome depresivo mayor si:

- 5 o más de los 9 incisos se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días”
 1. Poco interés o agrado al hacer las cosas
 2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado
 3. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado
 4. Se siente cansado o tiene poca energía.
 5. Tiene poco o excesivo apetito.
 6. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.
 7. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.
 8. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.
 9. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.
- Ya sea el inciso “a” (Poco interés o agrado al hacer las cosas) o “b” (Se ha sentido triste, deprimido o desesperado) es positivo, es decir, al menos “Más de la mitad de los días”.

Síndrome depresivo menor si:

- De los 9 incisos: “b” (Se ha sentido triste, deprimido o desesperado), “c” (Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado), o “d” (Se siente cansado o tiene poca energía), se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días”.
- Ya sea el inciso “a” (Poco interés o agrado al hacer las cosas) o “b” (Se ha sentido triste, deprimido o desesperado) es positivo, es decir, al menos “Más de la mitad de los días”.

Preguntas de ambas ENDES que miden síndrome depresivo

Indicadores	Diccionario	Pregunta	Naturaleza variable	Medición
DEPRESIÓN ÚLTIMOS 14 DÍAS	QS700A	En los últimos 14 días ha sentido: ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)	Categórica	Ordinal
	QS700B	¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	Categórica	Ordinal
	QS700C	¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	Categórica	Ordinal
	QS700D	¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	Categórica	Ordinal
	QS700E	¿Poco apetito o comer en exceso?	Categórica	Ordinal
	QS700F	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar	Categórica	Ordinal
	QS700G	¿Moverse mas lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	Categórica	Ordinal
	QS700H	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	Categórica	Ordinal
	QS700I	¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?	Categórica	Ordinal

La ENDES PERÚ 2014 y 2015 han empleado el Cuestionario PHQ_9 para medir síndrome depresivo. Respecto a los instrumentos de medición sobre Depresión, algunas investigaciones han seleccionado la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión completa de 30 ítems, la corta de 15 ítems, la Escala Autoevaluativa de la Depresión de Zung o la Escala de Hamilton-D. Algunos

investigadores han elegido el Cuestionario PHQ9, para medir síndrome depresivo en estudiantes universitarios(Cassiani-Miranda, 2015); en usuarios de Centros de Salud en Cartagena Colombia (mayores de 20 años) (Baader et al., 2012); en pacientes diabéticos (Flores-Pérez, 2012); y, en adultos mayores de atención primaria (Phelan et al., 2010).

Todas estas investigaciones realizadas en el extranjero han concluido que el PHQ9 tiene una alta sensibilidad y especificidad para la detección de síndrome depresivo. Otras investigaciones han comparado las bondades del PHQ9 con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage demostrando que el primero tiene una alta sensibilidad y especificidad como instrumento de cribado para la detección de depresión entre personas mayores, representando el PHQ9 un recurso de utilidad para la detección de síndrome depresivo(Phelan et al., 2010).

La única investigación encontrada que ha empleado el PHQ9 en adultos mayores a nivel de atención primaria es la realizada por **Phelan, y otros, (2010)** quienes evaluaron el desempeño de la prueba del PHQ-9 para detectar depresión en adultos mayores en atención primaria. El estudio se llevó a cabo de noviembre de 2006 a Agosto de 2007 en dos clínicas de atención primaria afiliadas a la Universidad de Washington, en Seattle (USA). Participaron 71 adultos mayores de 65 años o más; todos completaron el PHQ-9 y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (15 ítems). Los instrumentos los administraron el mismo día, variando de manera aleatoria el llenado de los mismos. Los investigadores concluyeron que el PHQ-9 comparativamente con el Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (15 ítems) tiene una alta sensibilidad y especificidad como instrumento de cribado para la detección de depresión entre personas mayores representando el PHQ-9 una alternativa razonable para la detección de depresión.

Consumo problemático de alcohol: La ENDES 2014 y la ENDES 2015 no seleccionaron ningún instrumento validado, para medir consumo problemático del alcohol, como el AUDIT, CAGE y CBA, no obstante que son sencillos y útiles en Atención Primaria (Saiz, Portilla, Paredes, Bascarán, & Bobes, 2002)

Es por ello, que tomando como base la definición de la OMS sobre consumo problemático de alcohol se procedió a la metodología de juicio de expertos, para ello se seleccionaron seis expertos con especialidad en Drogodependencia, docentes de la Facultad de Medicina, para la validación de las cinco preguntas (QS713 a QS717) relacionadas al consumo de alcohol que figuran en ambas ENDES (Sección Salud Mental), a quienes se les solicitó que identificaran la pregunta que en orden de prioridad tipifica a una persona con consumo problemático de alcohol. A continuación se transcriben las seis preguntas que se sometieron al juicio de los expertos:

Diccio- nario	Preguntas	Naturaleza variable	Medición
QS713	¿En los últimos 12 meses , hubo momentos en que la bebida o la resaca le dificultaron realizar sus actividades o sus responsabilidades en los estudios, en el trabajo o en la casa?	Categórica	Nominal
QS714	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que el consumo de alcohol le provocó discusiones u otros problemas con su familia, amigos, vecinos, vecinos o compañeros de trabajo?	Categórica	Nominal
QS715	¿Siguió bebiendo a pesar de que le provocaba problemas con estas personas?	Categórica	Nominal
QS716	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que estuvo bajo los efectos del alcohol en situaciones en las que podía hacerse daño, por ejemplo andando en bicicleta, manejando auto, manejando una máquina o en cualquier otra situación?	Categórica	Nominal
QS717	¿Le han detenido más de una vez por alterar el orden o manejar bajo los efectos del alcohol?	Categórica	Nominal
QS719	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo tantas ganas de beber que no pudo resistirse a tomar una copa o le resultó difícil pensar en otra cosa?	Categórica	Nominal

Como resultado de este análisis la pregunta **QS713**: “¿En los últimos 12 meses, de este año, hubo momentos en que la bebida o la resaca le dificultaron realizar sus actividades o sus responsabilidades en los estudios, en el trabajo o en la casa?” fue la pregunta que consideraron como la que tipifica a una persona con consumo problemático de alcohol.

Violencia conyugal:

En el Cuestionario de Salud Mental que está dirigido a la población de 15 y más años de edad y por ende, dentro de este grupo están los de 60 y más años, sólo se encuentran dos preguntas, las mismas que están dirigidas desde el ámbito de la persona encuestada y sólo para aquellos que tienen pareja.

VARIABLE	Nro	Pregunta	Medición	
Violencia conyugal	710	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces su pareja le golpeó con el pie, el puño o alguna otra parte del cuerpo (cabeza, codo, rodilla)?	Nunca/NO	1
			Rara vez (1-2 veces)	2
			A veces (3-5 veces)	3
			A menudo (6 a más veces)	4
Violencia conyugal	711	¿En los últimos 12 meses, cuantas veces su pareja le golpeó, agredió con un objeto como: correa, palo, cuchillo o arma?	Nunca/NO	1
			Rara vez (1-2 veces)	2
			A veces (3-5 veces)	3
			A menudo (6 a más veces)	4

3.5 Técnica y procedimiento de recolección de datos

La técnica empleada por el INEI es la entrevista directa, realizada por personal que se somete a una intensa capacitación, supervisión en la etapa del trabajo de campo, en la etapa de codificación, y procesamiento de los datos y limpieza cuidadosa del archivo con retroalimentación a las supervisoras, críticas y entrevistadoras a partir de los cuadros de control de calidad. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014b). Por cada vivienda seleccionada se encuestó a

un adulto mayor, en caso de que hubiese más de uno, se eligió aleatoriamente a uno de ellos.

3.6 Plan de Análisis de datos

Se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1. Se procedió a descargar la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014 y 2015 del portal del Instituto Nacional de Estadística e Informática: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>
2. Se procedió a la selección de las variables independientes contenidas en dos Cuestionarios: Individual y Hogar. La variables dependientes del Cuestionario de Salud (Sección VII: Salud Mental)
3. Los datos se agruparon generando un archivo con una nueva variable que identifique a la persona entrevistada con los datos de la vivienda (HV005), y a continuación se procedió a la ponderación (factor expansivo) de la base de datos con el propósito de que las estimaciones derivadas sean representativas de la población
4. En algunos casos se procedió a la re-categorización de las variables a fin de proceder al análisis bivariado y multivariado (Tabla operacionalización de variables).
5. Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS vs. 22. Los gráficos y tablas utilizando Excel 2010 de Microsoft Office.
6. Para el análisis descriptivo se emplearon medidas de resumen de variables cuantitativas (media, desviación estándar) y para las variables cualitativas, frecuencia absoluta y porcentaje.
7. Pruebas de inferencia estadística: Prueba Chi Cuadrado así como regresión logística. Cálculo de OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas diferencias en las que el valor de p obtenido fue $<0,05$

8. El análisis de regresión logística multivariado incluyó todas las variables independientes y dependientes ya que podrían comportarse como variables independientes. El resultado en el modelo multivariado, fue el ajuste del OR resultante.

3.7 Aspectos Éticos

Tratándose de una investigación que empleó una fuente secundaria, publicada en el portal de un organismo oficial del Estado, esta investigación no representó un riesgo ético ya que su objetivo fue la descripción de un conjunto de datos tomados de una encuesta de carácter nacional y en donde no existió ningún tipo de intervención. En nuestro caso, se presentó al Comité de Ética de la Facultad de Medicina, el cual fue aprobado.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 *Presentación de los resultados*

Los resultados se presentan siguiendo el orden de los objetivos de la investigación.

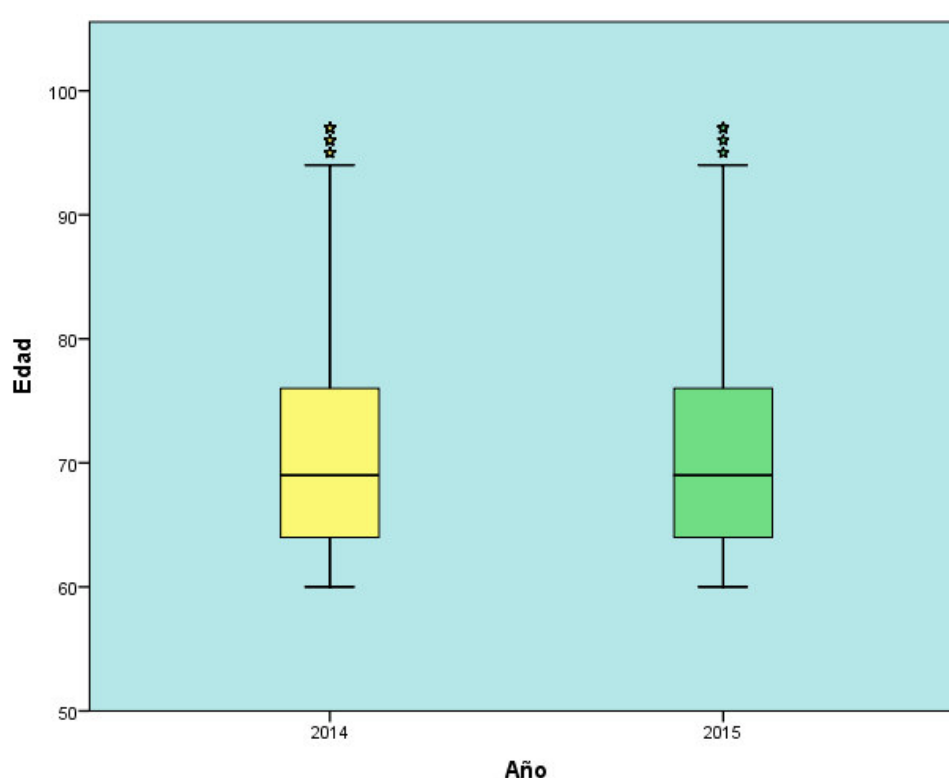
4.1.1 Características de la población adulta mayor (ENDES 2014-2015)

En ambas ENDES 2014 y 2015 se entrevistaron a 11411 adultos mayores. El 46% de los adultos mayores ($n=5270$) fueron entrevistados en la ENDES 2014 y el 54% restante ($n=6141$) en la ENDES 2015. La edad promedio de la población adulta mayor entrevistada alcanzó los $70,59 \pm 8,09$ años. Para el ENDES 2014, el promedio alcanzado fue de 71 ± 8 y para el ENDES 2015, el promedio fue de 70 ± 8 años. Tanto hombres como mujeres mantuvieron un promedio similar de 71 ± 8 años (Anexo 02). La edad máxima alcanzada fue de 97 años y la edad mínima fue de 60 años. El rango de edad entre 60 a 74 años de edad fue el más frecuente entre los adultos mayores; estas características se mantuvieron similares en ambos años (Tabla 9 y Gráfico 1).

El grado de instrucción mayoritario fue el nivel primario, el cual alcanzó el 45% ($n=2341$) para la ENDES 2014 y del 42% ($n=2594$) para la ENDES 2015. El grado de instrucción superior aumentó cuatro puntos porcentuales 17,5% ($n=1079$) para la ENDES 2015 respecto a

la ENDES 2014 13,4%(N=702). Respecto al estado civil el mayor porcentaje estuvo representado por los casados 44,7% (n=2347) ENDES 2014 y del 45,6% (n=2810) ENDES 2015, ligero incremento de 0,9%. Se observa un descenso de adultos mayores solteros en 4% para el ENDES 2015, lo que estaría en relación con el aumento de pareja del 2014 al 2015 (Tabla 9).

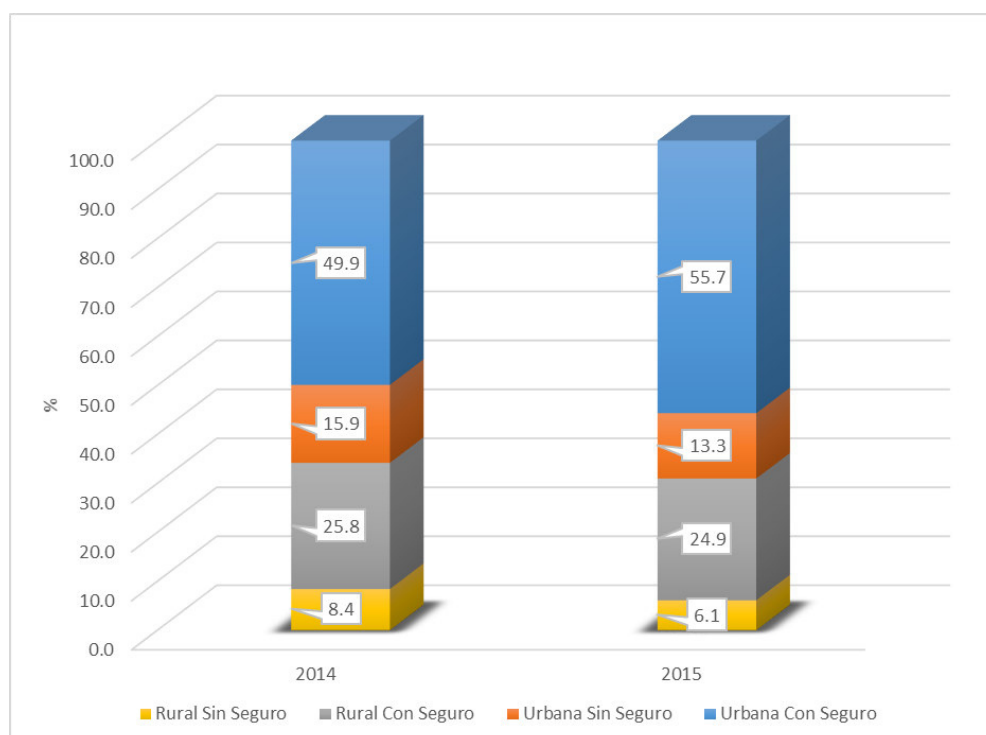
Gráfico 1. Distribución de la Edad de la población adulta mayor. ENDES PERÚ 2014-2015



El adulto mayor entrevistado en el 67% (n=7682) fue jefe de familia, siendo los porcentajes similares en ambos grupos de ENDES 2014 y 2015. El lugar de residencia de los adultos mayores fue mayormente urbana, habiéndose producido un incremento de 3,2% para la ENDES 2015 (69,9% n=4252) respecto a la ENDES 2014 (65,8% n=3454), concomitantemente se observó un descenso de la población rural participante del ENDES 2015 con respecto al año anterior (Tabla 9).

El 78,3% (n=8934) de los entrevistados contaba con un seguro de salud. Se apreció un incremento del 5% de asegurados para el año 2015, con respecto al año anterior. En el lugar de residencia urbana se apreció un incremento del 6% de asegurados, mientras una disminución de asegurados de la zona rural en alrededor del 2%, del 2014 al 2015. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Adultos mayores que cuentan con seguro de salud según lugar de residencia Urbana o Rural. Endes 2014 -2015.



El primer quintil de riqueza representó el 28% (n=3189) de los adultos mayores participantes del ENDES 2014-2015. Se observó una disminución del primer al cuarto quintil del índice de riqueza entre los años 2014 y 2015. El quinto quintil mostró un aumento del 5% de adultos mayores del ENDES 2014 al ENDES 2015. (Tabla 9).

La variable discapacidad fue clasificada como: discapacidad (limitación permanente) para ver, moverse, oír, para hablar y para entender. Las discapacidades más frecuentes fueron la discapacidad para “ver” y para “moverse” con un 4,5% (n=530) y 4,3% (n=508) respectivamente. Se

encontró una disminución de la discapacidad en las diferentes formas, del año 2014 al 2015. La menor discapacidad encontrada fue la discapacidad para “Hablar” en el 0,07% (n=4) para el ENDES 2015 (Tabla 9).

Tabla 9. Variables socio demográficas de la población adulta mayor. ENDES PERÚ 2014-2015

Variables Sociodemográficas	Total*		ENDES 2014		ENDES 2015	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sexo						
Mujer	6339	55,6	2864	54,6	3475	56,4
Hombre	5072	44,4	2384	45,4	2688	43,6
Edad						
60 a 74 años	7991	70	3635	69,3	4356	70,7
75 a 84 años	2692	23,6	1248	23,8	1444	23,4
85 y más años	728	6,4	365	7,0	363	5,9
Grado de Instrucción						
Sin educación	2396	21,0	1135	21,7	1261	20,5
Primaria	4935	43,3	2341	44,7	2594	42,1
Secundaria	2284	20,0	1059	20,2	1226	19,9
Superior	1781	15,6	702	13,4	1079	17,5
Estado civil						
Casado/a	5156	45,2	2347	44,7	2810	45,6
Viudo/a	3271	28,7	1509	28,8	1762	28,6
Conviviente	1088	9,5	463	8,8	624	10,1
Separados	1074	9,4	527	10	547	8,9
Soltero/a	636	5,6	315	6	321	2,5
Divorciado/a	182	1,6	87	1,7	95	1,5
Con Pareja**						
Si	6274	55,0	2830	53,9	3444	55,9
No	5137	45,0	2418	46,1	2719	44,1
Relación con el Jefe de Familia						
Es Jefe de Familia	7682	67,3	3600	68,6	4082	66,2
Esposo/a	2468	21,6	1064	20,3	1403	22,8
Padre/madre	626	5,5	279	5,3	347	5,6
Suegro/Suegra	261	2,3	133	2,5	129	2,1
Otros	373	3,3	172	3,3	201	3,3
Lugar de residencia						
Urbana	7706	67,5	3454	65,8	4252	69
Rural	3705	32,5	1794	34,2	1910	31
Seguro de Salud						
Si	8934	78,3	3971	75,7	4964	80,5
No	2476	21,7	1277	24,3	1199	19,5
Índice de riqueza						
Primer quintil	3189	27,9	1510	28,8	1678	27,2
Segundo quintil	1934	16,9	941	17,9	992	16,1
Tercer quintil	1622	14,2	778	14,8	844	13,7
Cuarto quintil	2139	18,7	995	19	1144	18,6
Quinto quintil	2526	22,1	1023	19,5	1503	24,4
Discapacidad***						
Para Ver	530	4,5	317	5,6	213	3,5
Para moverse	508	4,3	311	5,5	197	3,2
Para Oír	401	3,4	241	4,3	160	2,6
Para Entender	68	0,6	44	0,8	24	0,4
Para Hablar	23	0,2	19	0,3	4	0,07
Sin Discapacidad	10197	86,9	4718	83,5	5479	90,2

*n= 11,411 Adultos Mayores.

** En los últimos 12 meses.

*** Los Adultos mayores podrían tener más de una discapacidad

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015.

4.1.2 Prevalencias de Síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal (ENDES 2014-2015)

- La prevalencia de síndrome depresivo mayor se incrementó en un 2% en la ENDES 2015 respecto a la ENDES 2014 (8,1% vs 6,7% respectivamente), lo cual explica el descenso del síndrome depresivo menor de la ENDES 2014 respecto a la ENDES 2015.
- La prevalencia de consumo problemático de alcohol disminuyó en dos décimas porcentuales en la ENDES 2015 respecto a la ENDES 2014 (0,6% y 0,8% respectivamente).
- La prevalencia de violencia conyugal disminuyó en 0,67 puntos porcentuales en la ENDES 2015 respecto a la ENDES 2014 (0,95% y 1,62% respectivamente)(Tabla 10 y Gráfico 3).

Tabla 10. Prevalencia de Síndrome depresivo, Consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015

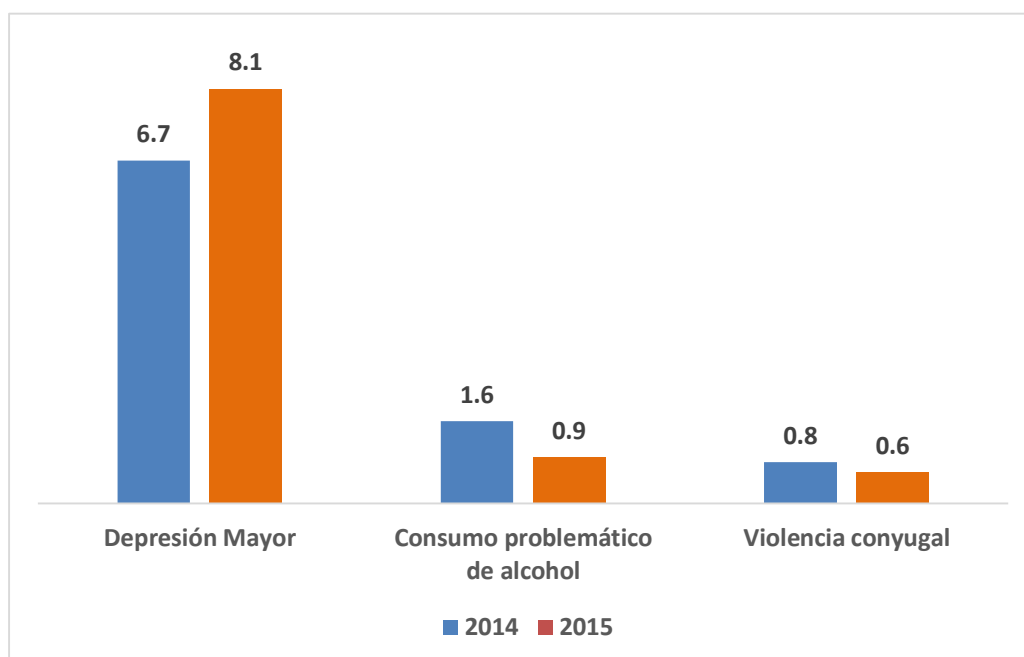
Salud Mental del Adulto Mayor	ENDES 2014 y 2015		ENDES 2014		ENDES 2015	
	Frec.	Prevalencia % (IC)	Frec.	Prevalencia % (IC)	Frec.	Prevalencia % (IC)
Depresión						
• Depresión Mayor	852	7,5 (6,9 - 7,9)	352	6,7 (6,0 - 7,4)	500	8,1 (7,4 - 8,8)
• Depresión Menor	1552	13,6 (12,9 - 14,2)	759	14,5 (13,5 - 15,4)	792	12,9 (12,0 - 13,7)
n	11411		5248		6163	
Consumo problemático de alcohol	77	0,7 (0,5 - 0,8)	40	0,8 (0,1 - 0,5)	37	0,6 (0,4 - 0,8)
n	11411		5248		6163	
Violencia conyugal	79	1,2 (0,9 - 1,5)	46	1,6 (0,06 - 1,70)	33	0,9 (0,03 - 1,1)
n	6274*		2830		3444	

*Adultos mayores con pareja los últimos doce meses

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015.

Elaboración propia

Gráfico 3. Prevalencia de Síndrome depresivo, Consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015(%)



4.1.3 Síndrome Depresivo en Adultos Mayores(ENDES 2014-2015)

En ambas ENDES el síndrome depresivo mayor afectó más a las mujeres que los adultos mayores hombres (ENDES 2014 8,8% vs ENDES 2015 10,4%), con una ligera tendencia al incremento; diferencia que fue estadísticamente significativa $p < 0,001$ (Tabla 11).

El grupo de edad más afectado por el síndrome depresivo mayor correspondió a los adultos mayores de 85 y más años de edad para los dos años, con un ligero incremento en la ENDES 2015 (13,5% $n=296$) vs ENDES 2014 (12,1% $n=212$). Sin embargo, en el grupo de 75 a 84 años se produjo un ascenso de tres puntos porcentuales (ENDES 2014 = 7,7% vs ENDES 2015 = 10,7%). La diferencia entre los grupos de edad fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabla 11).

Respecto al grado de instrucción, los adultos mayores que no tienen educación obtuvieron una mayor prevalencia de síndrome depresivo mayor, respecto a los poseen educación superior, representando el 11,7%(n=161 ENDES 2014), situación que se incrementó en tres puntos porcentuales en el año siguiente 14,9% (n=216 ENDES 2015). Es notorio destacar que en el grupo poblacional con educación superior, igualmente se produjo un incremento de 2,4% (ENDES 2014) vs 4,7%(ENDES 2015). Se aprecia que la prevalencia de síndrome depresivo disminuye conforme se incrementan el nivel de instrucción de los adultos mayores, lo cual fue estadísticamente significativa ($p<0,001$) (Tabla 11).

Respecto al estado civil, los adultos mayores viudos, separados, solteros y divorciados representaron el 28,4% (ENDES 2014) vs 31,2%(ENDES 2015) a diferencia de los casados y convivientes que representaron 11,7%(ENDES 2014) vs 12,7%(ENDES 2015). En los adultos mayores viudos se observó una mayor prevalencia de síndrome depresivo a diferencia de los casados o convivientes, diferencia que fue estadísticamente significativa ($p<0,001$) (Tabla 11).

Los adultos mayores que no tienen pareja (últimos doce meses) en comparación de los que tienen pareja, representó un factor asociado para la presencia de síndrome depresivo mayor. Para la ENDES 2014 representó un 5,5% (n=195) vs un 6,7% (n=269) para la ENDES 2015, lo cual representó una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,00001$) (Tabla 11).

Con relación al factor “rol que cumplen en el hogar”, en la ENDES 2014 la mayor prevalencia estuvo en los adultos mayores que son suegros(as) en un 9,0%(n=12) en cambio en la ENDES 2015 la mayor prevalencia fue en el grupo de adultos mayores que son esposos(as) 8,8%(n=124). La diferencia según el rol que cumplen los adultos

mayores en el hogar en ambos años resultó estadísticamente significativa ($p < 0,00001$) (Tabla 11).

Los adultos mayores que residen en el área rural presentaron una mayor prevalencia de síndrome depresivo a diferencia de los adultos mayores que residen en el área urbana 9,1%(n=163 ENDES 2014) vs 13,2%(n=252 ENDES 2015), inclusive con un incremento de 3,2 puntos porcentuales, diferencia que fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabla 11).

Respecto al factor contar con un seguro de salud, los adultos mayores que no contaban con un seguro y presentaron síndrome depresivo mayor fue de 5,9%(ENDES 2014) vs 8,3%(ENDES 2015), se incrementó más de tres puntos porcentuales. En ambos años la diferencia fue estadísticamente significativa. (Tabla 11).

Los adultos mayores que se encontraban en el primer y segundo quintil de riqueza (pobres) fueron los más afectados para la presencia del síndrome depresivo mayor, con un 18,2% (ENDES 2014) vs 24,6%(ENDES 2015), evidenciándose una moderada tendencia al aumento. En ambos años la diferencia fue estadísticamente significativa. (Tabla 11).

La prevalencia de síndrome depresivo mayor se incrementó más en los adultos mayores que refirieron tener alguna discapacidad (limitación para moverse, oír, ver o entender) en comparación con aquellos que no refirieron no presentar una discapacidad (ENDES 2014 14,3% (n=76) vs ENDES 2015 17,4%(n=119). En ambos años la diferencia fue estadísticamente significativa. (Tabla 11).

Tabla 11. Niveles de Síndrome depresivo en la población adulta mayor según algunas variables socio demográficas. ENDES PERÚ 2014-2015

Variables	ENDES 2014		DEPRESIÓN			X ² ,	ENDES 2015		DEPRESIÓN			X ²
	n=5,248		Sin	Menor	Mayor		n=6,163		Sin	Menor	Mayor	
	Frec(%)		%	%	%	p	Frec(%)		%	%	%	p
Sexo												
Mujer	2864(54,6)		74,2	17,0	8,8	85,2	3475(56,4)		75,1	14,4	10,4	82,5
Hombre	2384(45,4)		84,4	11,5	4,2	≤0,001	2688(43,6)		84,0	10,9	5,1	≤0,001
Edad												
60 a 74 años	3635(69,3)		80,9	13,3	5,8	41,4	4356(70,7)		81,5	11,7	6,8	63,9
75 a 84 años	1248(23,8)		75,6	16,7	7,7	≤0,01	1444(23,4)		74,4	14,9	10,7	≤0,01
85 y más años	365(7,0)		69,6	18,6	12,1		363(5,9)		68,3	18,2	13,5	
Grado de Instrucción												
Sin educación	1135(21,7)		69,1	19,2	11,7	135	1261(20,5)		67,3	17,8	14,9	192,9
Primaria	2341(44,7)		78,6	14,6	6,9	≤0,001	2594(42,1)		79,6	12,0	8,3	≤0,001
Secundaria	1059(20,2)		84,1	12,2	3,8		1226(19,9)		82,8	13,5	3,7	
Superior	702(13,4)		87,9	9,7	2,4		1079(17,5)		86,8	8,4	4,7	
Estado civil												
Casado/a	2347(44,7)		80,9	13,9	5,2	60,1	2810(45,6)		81,6	11,5	6,9	78,3
Viudo/a	1509(28,8)		74,1	16,9	9,1	≤0,001	1762(28,6)		73,1	14,9	12,0	≤0,001
Conviviente	463(8,8)		82,1	11,4	6,5		624(10,1)		79,0	15,2	5,8	
Separados	527(10,0)		74,4	17,3	8,3		547(8,9)		83,7	11,0	5,1	
Soltero/a	315(6,0)		87,6	8,3	4,1		321(5,2)		81,9	10,3	7,8	
Divorciado/a	87(1,7)		85,1	8,0	6,9		95(1,5)		75,8	18,9	6,3	
Con Pareja												
Si	2830(53,9)		81,0	13,5	5,5	19,7	3444(55,9)		80,8	12,5	6,7	22,5
No	2418(46,1)		76,3	15,6	8,1	0,0000	2719(44,1)		76,8	13,3	9,9	0,00001
Relación con el Jefe de Familia												
Es Jefe de Familia	3600(68,6)		79,0	14,4	6,6	60,1	4082(66,2)		80,0	11,9	8,1	19,1
Esposo/a	1064(20,3)		78,1	15,1	6,9	≤0,001	1403(22,8)		75,9	15,3	8,8	0,014
Padre/madre	279(5,3)		77,8	15,1	6,8		347(5,6)		80,4	11,5	8,1	
Suegro/Suegra	133(2,5)		80,5	10,5	9,0		129(2,1)		75,2	18,6	5,4	
Otros	172(3,3)		80,2	13,4	7,0		201(3,3)		80,1	14,4	6,0	
Lugar de residencia												
Urbana	3454(65,8)		81,1	13,5	5,4	37,2	4252(69,0)		82,6	11,5	5,8	128,5
Rural	1794(34,2)		74,5	16,4	9,1	≤0,001	1910(31,0)		71,0	15,8	13,2	≤0,001
Seguro de salud												
Si	3971(75,7)		77,9	15,1	7,0	7,7	4964(80,5)		78,4	13,5	8,1	8,5
No	1277(24,3)		81,6	12,5	5,9	0,021	1199(19,5)		81,4	10,3	8,3	0,021
Índice de riqueza												
Primer quintil	1510(28,8)		73,2	16,5	10,3	109,7	1678(27,2)		69,8	16,7	13,5	212,8
Segundo quintil	941(17,9)		75,2	16,9	7,9	≤0,001	992(16,1)		75,9	13,0	11,1	≤0,001
Tercer quintil	778(14,8)		78,4	14,5	7,1		844(13,7)		81,5	12,7	5,9	
Cuarto quintil	995(19,0)		82,9	12,4	4,7		1144(18,6)		81,2	13,9	5,0	
Quinto quintil	1023(19,5)		86,9	11,3	1,9		1503(24,4)		88,4	7,9	3,7	
Discapacidad												
Discapacidad	530(10,1)		65,8	19,8	14,3	75,4	684(11,1)		66,7	15,8	17,4	101,8
Sin Discapacidad	4718(89,9)		80,3	13,9	5,8	≤0,001	5479(88,9)		80,5	12,5	7,0	≤0,001

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 y 2015

Con la finalidad de determinar la fuerza de asociación de las ocho variables independientes con la presencia de síndrome depresivo mayor en los adultos mayores para ambas ENDES, se calcularon los odds ratio (OR) crudos encontrándose una asociación estadísticamente significativa para siete variables, a excepción de “contar con un seguro de salud”. (Tabla 12).

Estos fueron los resultados:

- En ambas ENDES se encontró que las mujeres tienen dos veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor en comparación con los adultos mayores varones, [(2014: OR 2,1(IC95%1,7-2,7) y 2015: OR 2,1(IC95%1,7-2,7)]; .
- Los adultos mayores que tienen 75 y más años de edad tienen 1,7 veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor que los adultos mayores de 60 a 74 años, situación que se repitió para las dos ENDES [(2014:OR 1,53(IC95%1,2-1,9) y 2015:OR 1,7(IC95%1,4-2,1)]. (Tabla 12).
- Los adultos mayores que no cuentan con instrucción tienen dos veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor en comparación con aquellos que tienen educación superior[(2014:OR 2,3(1,9-2,9) vs 2015:OR 2,6(2,1-3,1)].
- Aquellos adultos mayores que no tienen pareja(últimos doce meses) en comparación con los que tienen pareja, tienen 1,4 a 1,5 veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo que los adultos mayores que sí tienen pareja[(2014:OR 1,4(1,2-1,9) vs 2015:OR 1,5(1,3-1,8)].
- Los adultos mayores que residen en el área rural respecto a los que residen en la zona urbana tienen hasta 2,4 veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor[(2014:OR 1,7(1,3-2,1) vs 2015:OR 2,4(2,0-2,9)].
- Los adultos mayores pobres(primer y segundo quintil) igualmente tienen dos veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor en comparación con lo no pobres [(2014:OR 2,3(1,8-2,9) vs 2015:OR 2,9(2,4-3,6)].

- Los adultos mayores que presentan alguna discapacidad tienen 2,6 veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo que aquellos que no refieren discapacidad, la cual se incrementó ligeramente de un año al otro[(2014:OR 2,6 (2,0–3,5) vs 2015:OR 2,8 (2,2 – 3,5)]. Se agregaron otros cálculos, como limitación para moverse, ver, oír y entender, destacando mucho más la primera limitación (ENDES 2014 OR 3,4 (2,3 – 4,4) vs ENDES 2015 OR 3,4 (2,5 – 4,6) (Tabla 12).
- Los adultos mayores que sufren de violencia conyugal tienen 4,9 veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo que aquellos que no refieren violencia de su pareja, lo cual disminuyó de un año al otro [(2014:OR 4,9 (2,4 - 10,2) vs 2015:OR 2,5 (0,9 - 6,5)]. (Tabla 12).
- Los cálculos efectuados para identificar la asociación del consumo problemático de alcohol con la presencia de síndrome depresivo mayor resultaron estadísticamente no significativos. (Tabla 12).

Tabla 12. Factores asociados al Síndrome depresivo en los adultos mayores según ENDES PERÚ 2014 y 2015

Variables	ENDES 2014			ENDES 2015		
	Síndrome depresivo	Valor p	OR (IC 95%)	Síndrome depresivo	Valor p	OR (IC 95%)
Sexo						
Mujer	8,8%(n=2864)	<0,001	2,1 (1,7 – 2,7)	10,4%(n=3475)	<0,001	2,1 (1,7 – 2,7)
Hombre	4,4% (n=2384)			5,1% (n=2688)		
Edad						
60 a 74 años	5,8% (n=3635)	0,0001	1,53 (1,2 – 1,9)	6,8%(n=4355)	0,0001	1,7 (1,4 – 2,1)
75 a más	8,7% (n=1613)			11,3%(n=1807)		
Grado de Instrucción						
Con Instrucción	5,3% (n=4102)	<0,001	2,3 (1,9 – 2,9)	6,4%(n=1264)	<0,001	2,6 (2,1 – 3,1)
Sin Instrucción	11,7% (n=1146)			14,9%(n=4898)		
Con Pareja						
Si	5,5% (n=2830)	0,0001	1,4 (1,2 – 1,9)	6,7%(n=3444)	<0,001	1,5 (1,3 – 1,8)
No	8,1% (n=2418)			9,9%(n=2719)		
Lugar de Residencia						
Urbana	5,4% (n=3453)	<0,001	1,7 (1,3 – 2,1)	5,8%(n=4252)	<0,001	2,4 (2 – 2,9)
Rural	9,1% (n=1794)			13,2%(n=1910)		
Pobreza						
Si	9,4% (n=2452)	<0,001	2,3 (1,8 – 2,9)	12,7%(n=2671)	<0,001	2,9 (2,4 – 3,6)
No	4,3% (n=2796)			4,7%(n=3492)		
Seguro de salud						
Si	7,0% (n=3971)	0,18	0,8 (0,6 – 1,08)	8,1%(n=4964)	0,802	1,03 (0,8 – 1,3)
No	5,9% (n=1277)			8,3%(n=1199)		
Discapacidad						
Si	14,3% (n= 530)	<0,001	2,6 (2 – 3,5)	7,0%(n= 684)	<0,001	2,8 (2,2 – 3,5)
No	5,8% (n= 4718)			17,4%(n= 5479)		
Limitación para moverse						
Si	18,0% (n=227)	<0,001	3,4 (2,3 – 4,4)	21,5%(n=265)	<0,001	3,4 (2,5 – 4,6)
No	6,2% (n=5021)			7,5%(n= 5897)		
Limitación para oír						
Si	14,4%(n=160)	<0,001	2,4 (1,5 – 3,8)	13,6%(n=213)	0,003	1,8 (1,2 – 2,7)
No	6,5%(n=5088)			7,9%(n=5949)		
Limitación para ver						
Si	17,8% (n= 214)	<0,001	3,3 (2,3 – 4,7)	13,6%(n= 283)	0,004	1,8 (1,2 – 2,7)
No	6,2% (n= 5033)			7,9%(n= 5880)		
Limitación para entender						
Si	21,1% (n= 38)	0,003	3,7 (1,7 – 8,3)	19,4%(n= 31)	0,036	2,7 (1,1 – 6,7)
No	6,6% (n= 5209)			8,1%(n= 6131)		
Consumo problemático alcohol						
Si	7,5% (n= 40)	0,841	0,8 (0,27 – 8,8)	5,4%(n= 37)	0,543	1,5 (0,3 – 6,4)
No	6,7% (n= 5208)			8,1%(n=6126)		
Violencia conyugal*						
Si	15,2%(n= 33)	<0,001	4,9 (2,4 - 10,2)	19,4%(n= 31)	0,053	2,5 (0,9 - 6,5)
No	6,7%(n= 3411)			8,1%(n= 6131)		

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015

ENDES 2014 (n = 5,248); ENDES 2015 (n = 6163)

*Adultos mayores con pareja los últimos doce meses

4.1.4 Consumo Problemático del Alcohol en Adultos Mayores(ENDES 2014-2015)

En la ENDES 2014, se halló un total de 41 casos(1,7%) de consumo problemático de alcohol en comparación con la ENDES 2015 que se identificaron 37 casos(1,3%) de adultos mayores. El mayor porcentaje se concentró en los hombres (ENDES 2014 1,6%(n=33) con una ligera disminución en la ENDES 2015 1,2% (n=33) diferencia que fue estadísticamente significativa $p<0,001$ (Tabla 13).

El grupo de edad con mayor consumo problemático correspondió a los adultos mayores de 60 a 74 años para los dos años, con una ligera disminución en la ENDES 2015 (0,8% n=35) vs ENDES 2014 (1,1% n=40). No se encontró ningún caso con edad de 85 y más años de edad. La diferencia entre los grupos de edad fue estadísticamente significativa para las dos ENDES ($p<0,001$) (Tabla 13).

Respecto al grado de instrucción, los adultos mayores que tienen educación secundaria y superior obtuvieron una mayor prevalencia de consumo problemático de alcohol, respecto a los que poseen menor instrucción, representando el 3,5%(n=31 ENDES 2014), situación que disminuyó en el año siguiente 1,79% (n=20 ENDES 2015), lo cual fue estadísticamente significativa ($p<0,001$) (Tabla 13).

Respecto al estado civil, los adultos mayores casados son los que presentan mayor consumo problemático de alcohol, situación similar para los dos años, 0,7% (ENDES 2014 (n=17) y ENDES 2014(n=10), diferencia que fue estadísticamente significativa(Tabla 13).

Los adultos mayores que tienen pareja presentaron consumo problemático de alcohol, situación similar para los dos años, ENDES 2014 0,8%(n=22) vs ENDES 2015 0,7%(n=24), diferencia que no fue estadísticamente significativa (Tabla 13).

El 0,8% de los adultos mayores que fueron jefes de familia en la ENDES 2014(n=30) y en la ENDES 2015(n=33), presentaron consumo problemático de alcohol, diferencia que fue estadísticamente significativa(Tabla 13).

Respecto al lugar de residencia, en la ENDES 2014, el 0,8% (n=28) de los adultos mayores que presentaron consumo problemático del alcohol vivían en zonas urbanas, lo cual descendió en la ENDES 2015 a un 0,5%% (n=22), diferencia que no fue estadísticamente significativa(Tabla 13).

Los adultos mayores en ambas ENDES (2014 1,3%(n=17) y 2015 0,8%(n=10)) que no contaban con un seguro de salud presentaron consumo problemático del alcohol, diferencia que no fue estadísticamente significativa (Tabla 13).

En lo relacionado a los quintiles de riqueza los adultos mayores más afectados al consumo problemático de alcohol fueron los pertenecientes al segundo y quinto quintil de pobreza en la ENDES 2014 (2,2%) y al primer y cuarto quintil en la ENDES 2015(1,6%). Cabe destacar que la prevalencia de adultos mayores pobres(primer y segundo quintil) con consumo problemático de alcohol en el 2014 descendió ligeramente en el año 2015(1,5% a 1,1%), la diferencia para el año 2015 fue estadísticamente significativa. (Tabla 13).

Finalmente, los adultos mayores que no presentaron discapacidad en la ENDES 2014 (0,8% n=38) y en la ENDES 2015 (0,6% n=32) no presentaron consumo problemático de alcohol, diferencia que no fue significativamente estadística. (Tabla 13).

Tabla 13. Consumo problemático de Alcohol en la población adulta mayor según variables socio demográficas. ENDES PERÚ 2014-2015

Variables socio demográficas	ENDES 2014 n=5,248	Consumo problemático de alcohol				X², p	ENDES 2015 n=6,163	Consumo problemático de alcohol				X², p
		SI		NO				SÍ		NO		
	Frec(%)	Frec	%	Frec	%	Frec(%)	Frec	%	Frec	%		
Sexo												
Mujer	2864(54,6)	3	0,1	2862	99,9	37,2	3475(56,4)	3	0,1	3472	99,9	34
Hombre	2384(45,4)	38	1,6	2346	98,4	<0,001	2688(43,6)	33	1,2	2655	98,8	<0,001
Edad												
60 a 74 años	3635(69,3)	40	1,1	3595	98,9	15,5	4356(70,7)	35	0,8	4320	99,2	12,3
75 a 84 años	1248(23,8)	1	0,1	1247	99,9	<0,001	1444(23,4)	1	0,1	1443	99,9	0,002
85 y más años	365(7,0)	0	0,0	365	100,0		363(5,9)	0	0,0	363	100,0	
Grado de Instrucción												
Sin educación	2341(44,7)	2	0,2	1133	99,8	33	2594(42,1)	4	0,3	1257	99,7	13,3
Primaria	1135(21,7)	8	0,3	2333	99,7	<0,001	1261(20,5)	13	0,5	2581	99,5	0,01
Secundaria	1059(20,2)	19	1,8	1040	98,2		1226(19,9)	16	1,3	1210	98,7	
Superior	702(13,4)	12	1,7	690	98,3		1079(17,5)	4	0,4	1076	99,7	
Estado civil												
Casado/a	2347(44,7)	17	0,7	2329	99,2	12	2810(45,6)	19	0,7	2791	99,3	11,9
Viudo/a	1509(28,8)	7	0,5	1503	99,6	0,037	1762(28,6)	3	0,2	1759	99,8	0,03
Conviviente	463(8,8)	5	1,1	459	99,1		624(10,1)	5	0,8	619	99,2	
Separados	527(10,0)	10	1,9	517	98,1		547(8,9)	6	1,1	541	98,9	
Soltero/a	315(6,0)	2	0,6	313	99,4		321(5,2)	2	0,6	318	99,1	
Divorciado/a	87(1,7)	0	0,0	87	100,0		95(1,5)	2	2,1	94	98,9	
Con Pareja												
Si	2830(53,9)	22	0,8	2808	99,2	0,01	3444(55,9)	24	0,7	3420	99,3	1,2
No	2418(46,1)	18	0,7	2400	99,3	0,51	2719(44,1)	13	0,5	2706	99,5	0,174
Relación con el Jefe de Familia												
Es Jefe de Familia	3600(68,6)	30	0,8	3571	99,2	31	4082(66,2)	33	0,8	4048	99,2	15,5
Esposo/a	1064(20,3)	2	0,2	1062	99,8	<0,001	1403(22,8)	0	0,0	1403	100,0	0,004
Padre/madre	279(5,3)	1	0,4	277	99,3		347(5,6)	0	0,0	347	100,0	
Suegro/Suegra	133(2,5)	0	0,0	133	100,0		129(2,1)	0	0,0	129	100,0	
Otros	172(3,3)	7	4,1	165	95,9		201(3,3)	2	1,0	199	99,0	
Lugar de residencia												
Urbana	3454(65,8)	28	0,8	3426	99,2	0,31	4252(69,0)	22	0,5	4230	99,5	1
Rural	1794(34,2)	12	0,7	1782	99,3	0,353	1910(31,0)	14	0,7	1896	99,3	0,197
Seguro de salud												
Si	3971(75,7)	24	0,6	3947	99,4	6,5	4964(80,5)	27	0,5	4937	99,5	1,3
No	1277(24,3)	17	1,3	1261	98,7	0,001	1199(19,5)	10	0,8	1190	99,2	0,168
Índice de riqueza												
Primer quintil	1510(28,8)	6	0,4	1505	99,7	5,1	1678(27,2)	11	0,7	1667	99,3	18,7
Segundo quintil	941(17,9)	10	1,1	932	99,0	0,26	992(16,1)	4	0,4	988	99,6	0,001
Tercer quintil	778(14,8)	7	0,9	771	99,1		844(13,7)	11	1,3	833	98,7	
Cuarto quintil	995(19,0)	7	0,7	988	99,3		1144(18,6)	10	0,9	1135	99,2	
Quinto quintil	1023(19,5)	11	1,1	1012	98,9		1503(24,4)	0	0,0	1503	100,0	
Discapacidad												
Con Discapacidad	530(10,1)	2	0,4	528	99,6	1,1	684(11,1)	5	0,7	679	99,3	0,22
Sin Discapacidad	4718(89,9)	38	0,8	4680	99,2	0,21	5479(88,9)	32	0,6	5447	99,4	0,393

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 y 2015

Al calcular la fuerza de la asociación (OR) cruda de los factores asociados con el consumo problemático de alcohol en la población adulta mayor, se encontraron los siguientes resultados:

- En ambas ENDES (2014 y 2015), los hombres tienen hasta 15 veces más la probabilidad de presentar consumo problemático de alcohol a diferencia de las mujeres. [(2014: OR 15,4(IC95%4,7-50) y 2015: OR 14,3(IC95%4,4-47)] (Tabla 14).
- El contar con instrucción fue un factor protector al consumo problemático de alcohol para la ENDES 2014 (OR 0,187(IC95% 0,04-0,77) más no fue así para la ENDES 2015 (OR 0,4(IC95%0,17-1,38) (Tabla 14).
- El rango de edad de “75 a más” se asoció como factor protector del consumo problemático de alcohol para ambos años. ENDES 2014 (OR 0,05 (0,08 – 0,4), ENDES 2015 (OR 0,07 (0,009 – 0,5) (Tabla 14).
- El no tener pareja ENDES 2014: OR 0,9 (IC95% 0,5-1,7) y ENDES 2015: OR 0,68(IC95%0,34-1,3); el no contar con un seguro de salud ENDES (2014: OR 2,2 (IC95% 0,52-8,9) y ENDES 2015: OR 1,5(IC95%0,7-3,1); el lugar de residencia ENDES 2014: OR 1,2(IC95% 0,6-2,3) y ENDES 2015: OR 0,7(IC95%0,3-1,3); la pobreza ENDES 2014: OR 0,7 (IC95% 0,4-1,4) y ENDES 2015: OR 0,56(IC95% 0,51-1,9) y la discapacidad, ENDES 2014: OR 2,1 (IC95% 0,5-8,9) y ENDES 2015: OR 0,8(IC95%0,3-2), no fueron factores asociados al consumo problemático de alcohol para las dos ENDES (Tabla 14).
- Los cálculos efectuados para establecer la asociación de síndrome depresivo y violencia conyugal con el consumo problemático de alcohol en los adultos mayores para ambas ENDES, resultaron estadísticamente no significativos. (Tabla 14).

Tabla 14. Factores asociados al Consumo Problemático de Alcohol en los adultos mayores según ENDES PERÚ 2014 y 2015

Variables	ENDES 2014 (n = 5,248)			ENDES 2015(n = 6163)		
	Consumo problemático de alcohol (%)	Valor p	OR (IC 95%)	Consumo problemático de alcohol (%)	Valor p	OR (IC 95%)
Sexo						
Mujer	0,1 (n=2865)	<0,001	15,4 (4,7 – 50)	0,1 (n=3475)	<0,001	14,3 (4,4 – 47)
Hombre	1,6 (n=2384)			1,1 (n=2688)		
Edad						
60 a 74 años	1,1 (n=3635)	0,0001	0,05 (0,08 – 0,4)	0,8 (n=4355)	<0,001	0,07 (0,009 – 0,5)
75 a más	0,1 (n=1613)			0,1 (n=1807)		
Grado de Instrucción						
Con Instrucción	0,9 (n=4102)	0,004	0,187 (0,04 – 0,77)	0,7 (n=4898)	0,112	0,4 (0,17 – 1,38)
Sin Instrucción	0,2 (n=1146)			0,3 (n=1264)		
Con Pareja						
Si	0,8 (n=2830)	0,511	0,9 (0,5 – 1,7)	0,7 (n=3444)	0,174	0,68 (0,34 – 1,3)
No	0,7 (n=2418)			0,5 (n=2719)		
Lugar de Residencia						
Urbana	0,8 (n=3453)	0,353	1,2 (0,6 – 2,3)	0,5 (n=4252)	0,197	0,7 (0,3 – 1,3)
Rural	0,7 (n=1794)			0,7 (n=1910)		
Pobreza						
Si	0,7 (n=2452)	0,2	0,7 (0,4 – 1,4)	0,6 (n=2671)	0,56	0,9 (0,51 – 1,9)
No	0,9 (n=2796)			0,6 (n=3492)		
Seguro de salud						
Si	0,6 (n=3971)	0,2	2,1 (0,52 – 8,9)	0,5 (n=4964)	0,16	1,5 (0,7 – 3,1)
No	1,3 (n= 1277)			0,8 (n= 1200)		
Discapacidad						
Si	0,4 (n= 530)	0,216	2,1 (0,5 – 8,9)	0,7 (n= 684)	0,393	0,8 (0,3 – 2)
No	0,8 (n= 4718)			0,6 (n= 5479)		
Limitación para moverse						
Si	0,4 (n=227)	0,478	0,5 (0,77 – 4,1)	0 (n=265)	0,2	1 (1 – 1,008)
No	0,8 (n= 5021)			0,6 (n= 5897)		
Limitación para ver						
Si	0,5 (n= 214)	0,494	0,5 (0,08 – 4,2)	1,4 (n= 282)	0,08	2,6 (0,9 – 7,5)
No	0,8 (n= 5033)			0,5 (n= 5880)		
Limitación para entender						
Si	2,6 (n= 38)	0,264	3,4 (0,45 – 25,3)	0 (n= 31)	0,834	1 (1 – 1,008)
No	0,8 (n= 5209)			0,6 (n= 6131)		
Síndrome depresivo						
Si	0,9% (n= 352)	0,841	0,8 (0,27 – 8,8)	0,4%(n=501)	0,543	1,5 (0,3 – 6,4)
No	0,8% (n= 4896)			0,6%(n=5662)		
Violencia conyugal						
Si	2,2%(n= 46)	0,27	2,9 (0,4 - 22,2)	0,0%(n= 33)	—	—
No	0,8%(n= 2784)			0,7%(n= 3411)		

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015

4.1.5 Violencia conyugal en Adultos Mayores(ENDES 2014-2015)

Para la medición de esta variable, las ENDES seleccionaron dos preguntas sobre violencia: “cuántas veces su pareja la había golpeado y cuántas veces la había agredido con un objeto”, ambas dirigidas a las personas adultas mayores que en los últimos 12 meses tenían pareja, lo cual significó que el tamaño de la muestra para la ENDES 2014 = 2830 adultos mayores y para la ENDES 2015 = 3444 adultos mayores. Para un mejor análisis se dicotomizó la frecuencia de la

variable violencia en “Si presenta” violencia conyugal (A menudo, a veces, rara vez,) y en “no presenta” violencia (nunca).

Para la ENDES 2014, la violencia conyugal reportó 1,62% (46/2830) y para la ENDES 2015 0,95% (33/3444). La mayoría corresponde a las adultas mayores mujeres (ENDES 2014 = 2,5%(31) y ENDES 2015 = 1,3%(21). En el caso de los adultos mayores varones también hubo un descenso (ENDES 2014 = 1,0%(15) y ENDES 2015 = 0,7%(12). (Tabla 15). La diferencia fue estadísticamente significativa para ambos años.

Los casos reportados se presentan mayormente en el rango de edad entre 60 a 74 años de edad(ENDES 2014(1,7%) y 2015(1,0%). La diferencia encontrada no fue estadísticamente significativa.

El grado de instrucción en las cuales se presenta la problemática es variado, sin embargo, en ambas ENDES, la mayoría de los casos se concentró en los que tienen secundaria o sin educación(Tabla 15). La diferencia encontrada fue significativa para la ENDES 2015.

La violencia conyugal la sufren mayormente los casados que los adultos mayores convivientes (ENDES 2014=35/46 y ENDES 2014 = 25/33), de ahí que la violencia conyugal se da en los casos en las cuales la relación con el jefe de familia es el esposo/a(Tabla 15), diferencia que fue estadísticamente significativa para ambos años.

La mayoría de los casos de violencia calificada como “a menudo” proviene del sector urbano y que no tienen un seguro de salud.

Entre el primer y segundo quintil se concentra la mayor frecuencia de casos de violencia conyugal. La mayor proporción de casos se da en los adultos mayores que no tenían discapacidad (Tabla 15).

Las diferencias entre los adultos mayores que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia conyugal fueron estadísticamente significativas para aquellas que son mujeres, que tienen entre 60 y 74 años de edad y que son casados (Tabla 15).

Tabla 15. Violencia Conyugal en la población adulta mayor según algunas variables socio demográfica. ENDES PERÚ 2014-2015

Variables	ENDES 2014						ENDES 2015					
	Total	Con Violencia		Sin Violencia		X ² , p	Total	Con Violencia		Sin Violencia		X ² , p
	Frec	Frec	%	Frec	%		Frec	Frec	%	Frec	%	
Sexo												
Mujer	1239	31	2.5	1208	97.5	10,313 0,02	1599	21	1.3	1578	98.7	3,90
Hombre	1572	15	1.0	1557	99.0		1835	12	0.7	1823	99.3	0,04
Edad												
60 a 74 años	2146	37	1.7	2109	98.3	0,541 0,46	2690	28	1.0	2662	99.0	0,886
75 y más años	684	9	1.3	675	98.7		754	5	0.7	749	99.3	0,34
Grado de Instrucción												
Sin educación	465	8	1.7	457	98.3	2,96	513	12	2.3	501	97.7	13,417
Primaria	1290	23	1.8	1267	98.2	0,56	1478	11	0.7	1467	99.3	0,009
Secundaria	622	11	1.8	611	98.2		796	4	0.5	792	99.5	
Superior	444	3	0.7	441	99.3		653	5	0.8	648	99.2	
Estado Civil												
Casado/a	2308	35	1.5	2273	98.5	41	2767	25	0.9	2742	99.1	27,8
Conviviente	457	10	2.2	447	97.8	<0,001	610	8	1.3	602	98.7	0,00004
Relación con el Jefe de Familia												
Es Jefe de Familia	1655	17	1.0	1638	99.0	11,519	1933	12	0.6	1921	99.4	15,52
Esposo/a	1059	28	2.6	1031	97.4	0,02	1397	18	1.3	1379	98.7	0,004
Padre/madre	59	1	1.7	58	98.3		55	2	3.6	53	96.4	
Suegro/Suegra	33	0	0.0	33	100.0		37	2	5.4	35	94.6	
Lugar de Residencia												
Urbana	1879	25	1.3	1854	98.7	3,04	2397	16	0.7	2381	99.3	7,02
Rural	951	21	2.2	930	97.8	0,08	1047	17	1.6	1030	98.4	0,008
Seguro de salud												
Si	2198	36	1.6	2162	98.4	0,14	2814	26	0.9	2788	99.1	0,19
No	631	9	1.4	622	98.6	0,70	630	7	1.1	623	98.9	0,16
Índice de Riqueza												
Primer quintil	747	19	2.5	728	97.5	4,58	861	13	1.5	848	98.5	4,6
Segundo quintil	462	8	1.7	454	98.3	0,33	503	4	0.8	499	99.2	0,32
Tercer quintil	420	7	1.7	413	98.3		469	6	1.3	463	98.7	
Cuarto quintil	575	5	0.9	570	99.1		702	4	0.6	698	99.4	
Quinto quintil	626	7	1.1	619	98.9		908	5	0.6	903	99.4	
Discapacidad												
Con discapacidad	200	5	2.5	195	97.5	0,14	363	3	0.8	360	99.2	0,19
Sin discapacidad	2630	41	1.6	2589	98.4	0,70	3080	29	0.9	3051	99.1	0,66

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 y 2015

*Población adulta mayor con pareja ENDES 2014= 2830; ENDES 2015 = 3444

Al calcular la fuerza de la asociación (OR) cruda de los factores asociados con la violencia conyugal en la población adulta mayor, se encontró para la ENDES 2014 que las mujeres tienen 2,65 veces más probabilidad de sufrir violencia conyugal en comparación con los adultos mayores varones (OR 2,65 (IC95% 1,4 - 4,94); igualmente, los adultos mayores pobres tienen 1,92 veces más probabilidad de presentar violencia conyugal que los adultos mayores que no son pobres (OR 1,92 (IC95% 1,06 – 3,48)

Para la ENDES 2015, los adultos mayores sin instrucción tienen mayor probabilidad de sufrir violencia que los adultos mayores con instrucción (OR 3,29 IC95% 1,61 – 6,74). Otro factor asociado a la violencia conyugal fue el lugar de residencia de los adultos mayores, los que residen en el área rural tienen 2,45 veces más probabilidad de presentar violencia conyugal en comparación con aquellos que residen en el área urbana (OR 2,45 IC95% 1,24 – 4,88) (Tabla 16).

Tabla 16. Factores asociados a la Violencia Conyugal en los adultos mayores según ENDES PERÚ 2014 y 2015

Variables	ENDES 2014			ENDES 2015		
	Violencia Conyugal	Valor p	OR (IC 95%)	Violencia Conyugal	Valor p	OR (IC 95%)
Sexo						
Mujer	2,5% (n=1239)	0,02	2,65 (1,4 – 4,94)	1,3%(n=1599)	0,04	1,95 (0,97 – 4,07)
Hombre	1,0% (n=1572)			0,7%(n=1835)		
Edad						
60 a 74 años	1,7% (n=2146)	0,46	0,76 (0,36 – 1,58)	1,0%(n=2690)	0,034	0,63 (0,24 – 1,65)
75 a más	1,3% (n=684)			0,7%(n=754)		
Grado de Instrucción						
Con Instrucción	1,6% (n=2357)	0,90	0,95 (0,44 - 2,05)	2,3%(n=516)	0,01	3,29 (1,61 - 6,74)
Sin Instrucción	1,7% (n=473)			0,7%(n=2928)		
Lugar de Residencia						
Urbana	1,3% (n=1879)	0,08	1,67 (0,93 – 3,00)	0,7%(n=2397)	0,008	2,45 (1,24 – 4,88)
Rural	2,2% (n=951)			1,6%(n=1047)		
Pobreza						
Si	2,2% (n=1209)	0,02	1,92 (1,06 – 3,48)	1,2%(n=1364)	0,116	1,74 (0,86 – 3,49)
No	1,2% (n=1621)			0,7%(n=2079)		
Seguro de salud						
Si	1,6% (n=2198)	0,14	1,15 (0,55 – 2,40)	0,9%(n=2814)	0,16	0,83 (0,35 – 1,92)
No	1,4% (n= 631)			1,1%(n=630)		
Discapacidad						
Si	2,5% (n= 200)	0,14	1,61 (0,63 – 4,14)	0,8%(n=363)	0,66	0,87 (0,26 – 2,89)
No	1,6% (n= 2630)			0,9%(n=3080)		
Síndrome depresivo						
Si	6,4% (n=157)	< 0,001	4,9 (2,4 – 10,2)	2,2%(n=232)	0,543	2,5 (0,9 – 6,5)
No	1,3% (n= 2673)			0,9%(n=3212)		
Consumo problemático alcohol						
Si	4,5% (n= 22)	0,27	2,9 (0,38 – 22,2)	0,0%(n= 24)	—	—
No	1,6% (n= 2808)			1,0%(n=3444)		

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015

*Población adulta mayor con pareja ENDES 2014= 2830; ENDES 2015 = 3444

4.1.6 Análisis multivariado de las variables (ENDES 2014-2015)

Con la finalidad de determinar la probabilidad de ocurrencia de síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en los adultos mayores en función de las ocho variables independientes seleccionadas, se aplicó el modelo de regresión logística binaria.

Los pasos que se siguieron para el análisis fueron los siguientes:

- Se realizó un análisis bivalente, de cada variable dependiente (síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal) con cada una de las ocho variables independientes (grupos de edad, sexo, instrucción, tener pareja, tener seguro de salud, lugar de residencia, pobreza y discapacidad) de tal forma, que se evaluó la fuerza de la asociación calculando los OR crudos; se analizó la precisión del análisis mediante los intervalos de confianza y se comprobó el nivel de significación estadística del contraste asociada al estadístico.
- Se realizó el análisis de Regresión Logística Binaria primero para las tres variables dependientes y luego cada variable dependiente con las ocho variables independientes o de control (COVARIABLES) empleando el modelo INTER. Se asignó el valor “1” a la presencia del efecto y “0” ausencia del factor en estudio.
- El análisis de regresión logística binaria incluyó todas las variables independientes y dependientes, ya que algunas variables (dependientes) podrían comportarse como variables independientes.
- El resultado en el modelo multivariado, fue el OR ajustado con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Resultados:

1. Al analizar las tres variables dependientes, se encontró que en la ENDES 2014, el 7,5% (3/40) de adultos mayores que presentaron consumo problemático de alcohol también tuvieron síndrome depresivo mayor, lo cual descendió a un 5,4%(2/37) para la ENDES 2015. Al analizar la fuerza de la asociación de estas dos variables para las dos ENDES, no fue significativa (ENDES 2014 OR=1,12 (IC95% 0,35 - 3,69) y ENDES 2015 OR=0,64 (IC95% 0,15 - 2,69).
2. Situación diferente fue la asociación entre síndrome depresivo mayor y violencia conyugal.. En la ENDES 2014 el 21,7% (10/46) de los adultos mayores que sufren violencia conyugal también presentaron síndrome depresivo mayor, lo cual descendió a un 15,2%(5/33) para la ENDES 2015. Al analizar la fuerza de la asociación de estas dos variables, resultó significativo para la ENDES 2014, de tal forma que los adultos mayores que sufren violencia conyugal tienen casi cuatro veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo (OR=3,95 (IC95% 1,94 - 8,02) a diferencia para la ENDES 2015 que no fue significativo OR=2,02 (IC95% 0,78 - 5,27)
3. El análisis bivariado entre las **variables dependientes**, permitió encontrar que los adultos mayores que sufren violencia conyugal tienen casi tres más probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor (OR=2,9 (IC 95% 1,6 – 5,1 p=0,001). El análisis estratificado por año de la ENDES, determinó que esta asociación fue significativa para el año 2014 más no, para el año 2015 con p=0,001. No se encontró asociación entre la violencia conyugal y el consumo problemático del alcohol.
4. Para la variable **síndrome depresivo**, mientras que en el análisis bivariado todas las variables resultaron asociadas, a excepción del hecho de contar con un seguro de salud, con el análisis multivariado después del ajuste de variables (OR ajustado) resultaron significativas las siguientes variables: la condición de ser mujer, no contar con instrucción, ser pobre y el presentar alguna discapacidad, para ambos

años. De todos estos factores, destacaron dos: la condición de mujer y el tener una discapacidad.

5. Las adultas mayores mujeres tienen 2,05 veces más probabilidad que los adultos mayores varones de presentar síndrome depresivo, lo cual se mantuvo en los dos años (ENDES 2014 OR=2,02 (IC95% 1,5-2,6) y ENDES 2015 OR=2,05 (IC95% 1,6-2,5); con el reajuste de las variables, los OR se incrementaron (Tabla 17).
6. Los adultos mayores que tienen un bajo nivel de instrucción tienen 1,4 veces más probabilidad en comparación con los que tienen mayor nivel de instrucción de presentar síndrome depresivo, lo cual estuvo presente en los dos años (ENDES 2014 OR=1,4 (IC95% 1,09-1,86) y ENDES 2015 OR=1,3 (IC95% 1,02-1,6) (Tabla 17).
7. Los adultos mayores que son pobres (primer y segundo quintil del índice de riqueza) tienen 1,9 veces más probabilidad respecto a los que no son pobres de presentar síndrome depresivo, factor que se incrementó para el año 2015 (ENDES 2014 OR=1,9 (IC95% 1,5 - 2,5) y ENDES 2015 OR=2,4 (IC95% 1,8 – 3,1) (Tabla 17).
8. En el análisis bivariado, los adultos mayores que tienen 75 y más años de edad dio como resultado que tienen 1,7 veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor que los adultos mayores de 60 a 74 años, situación que se repitió para las dos ENDES, sin embargo, con el análisis multivariado el OR ajustado disminuyó el OR = 1,3 (IC95% 1,08 – 1,62), no siendo significativo para el 2014.
9. Respecto al lugar de residencia de los adultos mayores, el análisis bivariado mostró que los que residen en el área rural tienen 2,4 veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor que los que viven en el área urbana, sin embargo, con el análisis multivariado este valor se ajustó a un OR = 1,3 (IC95% 1,01 – 1,6), no siendo significativo para el 2014.
10. Los adultos mayores que presentan discapacidad para moverse tienen 2,5 veces más probabilidad que los que no tienen dicha

discapacidad, de presentar síndrome depresivo, factor que estuvo presente en los dos años (ENDES 2014 OR=2,5 (IC95% 1,7-3,6) y ENDES 2015 OR=1,6 (IC95% 1,09-2,5);

11. Los adultos mayores que presentan discapacidad para ver tienen 2,4 veces más probabilidad que los que no tienen dicha discapacidad, de presentar síndrome depresivo, el cual sólo estuvo presente para la ENDES 2014 (OR=2,4 (IC95% 1,6-3,6);
12. Los adultos mayores que presentan discapacidad para entender tienen 2,6 veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo respecto a los que no tienen dicha discapacidad, factor que estuvo presente sólo en la ENDES 2014 (OR= 2,6 (IC95% 1,1-5,8).
13. Los adultos mayores que sufren violencia conyugal tienen 4 veces más probabilidad que los que no refieren violencia conyugal, de presentar síndrome depresivo OR= 4 (IC95% 1,9- 8,4), el cual estuvo presente para el año 2014 más no para el 2015 (Tabla 17).
14. El análisis bivariado por separado obtuvo que la variable “tratamiento antidepresivo” (ENDES 2014) se relacionó con el grado de instrucción con un OR: 0,48, IC 95%: 0,3 – 0,7, $p=0,000087$; de igual forma relacionado a la pobreza con un OR: 0,4, IC 95%: 0,3 - 0,5, $<0,001$. El análisis de éstas variables confirma la interacción entre éstas, es decir, el ingreso de éstas variables al modelo hacen que el OR de tratamiento antidepresivo aumente y que el OR de grado de instrucción y pobreza disminuya (OR: 0,173, IC95%: 0,03 – 0,8, $p=0,035$) (Tabla 17).
15. En la ENDES 2015 el análisis bivariado adicional dio como resultado que el “tratamiento antidepresivo” asociada al sexo con un OR= 0,3 (IC 95% 0,2–0,4 $p<0,001$). El análisis de estas variables confirma la interacción entre éstas, es decir, el ingreso de estas variables al modelo hacen que el OR de tratamiento antidepresivo aumente y que el OR de la variable sexo disminuya. El análisis de las variables introduciéndolas juntas al modelo dio como resultado un OR=4,8 (IC95% 2,3–9,6 $p<0,001$).

Tabla 17. Análisis Bivariado y multivariado (regresión logística) para el Síndrome depresivo en la población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015

Variables*	ENDES 2014		ENDES 2015	
	OR crudo IC(95%)	OR ajustado IC(95%)	OR crudo IC(95%)	OR ajustado IC(95%)
Sexo				
Hombre	1	1	1	1
Mujer	2,1 (1,7 - 2,7)	2,02 (1,5 - 2,6)	2,1 (1,7 - 2,7)	2,05 (1,6 - 2,5)
Grado de Instrucción				
Con Instrucción	1	1	1	1
Sin Instrucción	2,3 (1,9 - 2,9)	1,4 (1,09-1,9)	2,6 (2,1 - 3,1)	1,3 (1,02 - 1,6)
Pobreza				
No	1	1	1	1
Si	2,3 (1,8 - 2,9)	1,9 (1,5 - 2,5)	2,9 (2,4 - 3,6)	2,4 (1,8 - 3,1)
Discapacidad				
No	1	1	1	1
Si	2,6 (2 - 3,5)	2,2 (1,6 - 2,9)	2,8 (2,2 - 3,5)	2,4 (1,9 - 3,0)
Edad				
60 a 74 años	1	1	1	1
75 a más	1,53 (1,2 - 1,9)	1,23 (0,97 - 1,6)	1,7 (1,4 - 2,1)	1,3 (1,08 - 1,62)
Lugar de Residencia				
Urbana	1	1	1	1
Rural	1,7 (1,3 - 2,1)	1,03 (0,77 - 1,38)	2,4 (2 - 2,9)	1,3 (1,01 - 1,6)
Violencia Conyugal				
No	1	1	1	1
Si	3,9 (1,9 - 8)	4 (1,9 - 8,4)	2,02 (0,78 - 5,27)	1,81 (0,65 - 5,0)

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015

* Este modelo se ajustó además con las variables: contar con pareja, seguro de salud, consumo problemático de alcohol

El análisis multivariado para el **consumo problemático de alcohol**, además de las ocho variables independientes también se introdujeron en el modelo el síndrome depresivo y violencia conyugal, lo que permitió determinar que sólo dos variables resultaron asociadas para los dos años (la condición de varón y como factor protector aquellos adultos mayores que tienen 75 y más años de edad).

1. Los adultos mayores varones tienen hasta 20 veces más probabilidad de consumo problemático de alcohol que las adultas mayores mujeres (ENDES 2014 OR=20,5 (IC95% 5,6-73,9) y ENDES 2015 OR=16,4 (IC95% 4,8-55,7);
2. Los adultos mayores que tienen 75 y más años de edad tienen menos probabilidad de presentar consumo problemático de alcohol (factor protector) respecto a los adultos mayores que tienen de 60 a 74 años

de edad(ENDES 2014 OR=0,03 (IC95% 0,02–0,43) y ENDES 2015 OR=0,05 (IC95% 0,008–0,43) (Tabla 18).

3. El análisis multivariado identificó a la variable tener instrucción como un factor protector sólo para el año 2014 (OR=0,18 (IC95% 0,04–0,77), los adultos mayores que tienen instrucción tienen menos probabilidad de presenta consumo problemático de alcohol (Tabla 18).
4. Los adultos mayores que sufren de violencia conyugal tienen 9 veces más probabilidad de además presentar consumo problemático de alcohol (ENDES 2014 OR=9,01 (IC95% 1,23-65,76) (Tabla 18).

Tabla 18. Análisis Bivariado y multivariado (regresión logística) para el Consumo problemático del alcohol en la población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015

Variables	ENDES 2014		ENDES 2015	
	OR crudo	OR ajustado	OR crudo	OR ajustado
	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)
Sexo				
Mujer	1	1	1	1
Hombre	15,4 (4,7 – 50)	20,3 (5,6 - 73,9)	14,3 (4,4 – 47)	16,4 (4,8 - 55,7)
Edad				
60 a 74 años	0,05 (0,08 – 0,4)	0,03 (0,02 – 0,43)	0,07 (0,009 – 0,5)	0,05 (0,008 – 0,43)
75 a más	1	1	1	1
Grado de Instrucción				
Sin Instrucción	1	1	1	1
Con Instrucción	0,187 (0,04 – 0,77)	0,187 (0,04 – 0,77)	0,4 (0,17 - 1,38)	0,6 (0,2 - 1,85)
Violencia Conyugal				
No	1	1	1	1
Si	2,2 (0,3 – 21,86)	9,01 (1,23 – 65,76)	0	0

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015

** Este modelo se ajustó además con las variables: contar con pareja, pobreza, seguro de salud, discapacidad, lugar de residencia, síndrome depresivo*

El análisis multivariado para el **violencia conyugal**, además de las siete variables independientes (en este caso, no intervino el factor contar con pareja) también se introdujeron en el modelo, síndrome depresivo y consumo problemático de alcohol, lo que permitió determinar para la ENDES 2014 dos factores: las adultas mayores mujeres tienen 3,29 veces más probabilidad de sufrir violencia conyugal que los adultos mayores hombres

(OR 3,29 (IC95% 1,67 – 6,46) y otro factor asociado fue la presencia de síndrome depresivo (OR 4,01 (IC95% 1,9 – 8,44).

En la ENDES 2015, destacó que los adultos mayores procedentes del área rural tienen más probabilidad de sufrir violencia conyugal que los que residen en la zona urbana (OR 3,17 IC95% 1,02 – 9,83) (Tabla 19).

Tabla 19. Análisis Bivariado y multivariado (regresión logística) para la Violencia conyugal en la población adulta mayor según ENDES PERÚ 2014-2015

Variables	ENDES 2014		ENDES 2015	
	OR crudo IC(95%)	OR ajustado IC(95%)	OR crudo IC(95%)	OR ajustado IC(95%)
Sexo				
Hombre	1	1	1	1
Mujer	2,65 (1,4 – 4,94)	3,29 (1,67 – 6,46)	1,95 (0,97 – 4,07)	1,42 (0,65 – 3,11)
Edad				
60 a 74 años	0,76 (0,36 – 1,58)	0,84 (0,39 – 1,78)	0,63 (0,24 – 1,65)	0,52 (0,19 – 1,41)
75 a más	1	1	1	1
Grado de Instrucción				
Con Instrucción	1	1	1	1
Sin Instrucción	0,95 (0,44 – 2,05)	2,12 (0,91 – 4,91)	3,29 (1,61 – 6,74)	0,36 (0,15 – 0,86)
Lugar de Residencia				
Urbana	1	1	1	1
Rural	1,67 (0,93 – 3,00)	1,14 (0,5 – 2,6)	2,45 (1,24 – 4,88)	3,17 (1,02 – 9,83)
Pobreza				
No	1	1	1	1
Si	1,92 (1,06 – 3,48)	2,04 (0,87 – 4,77)	1,74 (0,86 – 3,49)	0,49 (0,15 – 1,62)
Seguro de salud				
No	1	1	1	1
Si	1,15 (0,55 – 2,40)	0,86 (0,41 – 1,80)	0,83 (0,35 – 1,92)	1,26 (0,54 – 2,92)
Discapacidad				
No	1	1	1	1
Si	1,61 (0,63 – 4,14)	0,72 (0,27 – 1,99)	0,87 (0,26 – 2,89)	1,15 (0,36 – 3,72)
Síndrome depresivo				
No	1	1	1	1
Si	4,98 (2,43 – 10,24)	4,011 (1,9 – 8,44)	2,51 (0,96 – 6,55)	1,95 (0,70 – 5,39)
Consumo Problemático alcohol				
No	1	1	1	1
Si	2,92 (0,38 – 22,21)	0,19 (0,03 – 1,32)	0	0

Elaboración propia

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015

4.2 *Discusión de los resultados*

Esta investigación analiza aspectos relevantes de la salud mental (síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal) en la población adulta peruana apoyándose en la ENDES 2014 y 2015 (Sección VII-Salud Mental para aquellas personas de 60 y más años de edad) y su asociación con ocho variables independientes: edad, sexo, grado de instrucción, el contar con pareja, pobreza, el contar con seguro, lugar de residencia y la presencia de discapacidad.

Respecto a la primera hipótesis, este trabajo concluye que existe asociación entre el síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y la violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según la ENDES 2014 y 2015.

1. En la ENDES 2014 se comprobó la asociación entre síndrome depresivo mayor y violencia conyugal ($OR=4,0$ ($IC95\%1,9-8,4$), lo cual descendió para el 2015 ($OR=1,8$ $IC95\%0,65-5,0$). Los adultos mayores que sufren de violencia conyugal tienen 9 veces más probabilidad de además presentar consumo problemático de alcohol (ENDES 2014 $OR=9,01$ ($IC95\% 1,23-65,76$)).

Los resultados de la asociación entre síndrome depresivo y violencia en el adulto mayor coinciden con lo reportado por Paniagua & Mota (2001), Rodríguez et al. (2009), Silva-Fhon, Del Río-Suarez, Motta-Herrera, Fabricio-Wehbe, & Partezani-Rodrigues (2015) quienes estudiaron y encontraron asociaciones entre la depresión y violencia intrafamiliar, aún cuando las proporciones difieran por cuanto los tamaños de muestra y los instrumentos de medición de las variables son

diferentes, sin embargo, encontraron la interacción de ambas variables.

Por su parte, Segura-Cardona, Cardona-Arango, Segura-Cardona, & Garzón-Duque (2012) probó la asociación del riesgo de depresión con el consumo de alcohol en una muestra de 4248 adultos mayores ubicados en Antioquia, encontrando un 29,5% que presentó riesgo de padecer depresión, proporción que difiere con lo encontrado en esta investigación por cuanto emplearon un instrumento de medición de la variable depresión diferente a esta investigación (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems) y también probablemente porque el objetivo de dicha investigación era determinar la asociación entre dichas variables.

Una investigación que estudió la relación entre violencia y consumo de alcohol en adultos mayores fue la reportada por Rodríguez et al. (2009) quienes realizaron un estudio en una muestra de mujeres sometidas a violencia intrafamiliar oculta, encontrando que en un 66,9% de los casos estuvo asociado al consumo habitual de bebidas alcohólicas de sus parejas. Igualmente el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES, 2006) analizó sesenta y tres investigaciones correspondientes al período 2001-2005 encontrando que una cuarta parte de las personas adultas mayores (PAM) había recibido algún tipo de maltrato en el último año y que entre los agresores, destacaron los propios hijos, en segundo lugar la pareja, motivada por el consumo del alcohol.

Si bien en nuestro estudio no se puede demostrar estadísticamente la interacción de las tres variables, sin embargo, el problema desde un punto de vista de salud pública, existe, de manera muchas veces invisible, lo cual dificulta la prevención, detección e intervención y porque las

personas mayores tienen reticencias a hablar, cuando acuden a los servicios de salud en muchos casos lo hacen por otras circunstancias: *“por no querer develar el drama que están viviendo, por sentirse incluso culpables de los malos tratos de que son objeto, por querer preservar el hogar de cualquier sospecha de conflicto, por una indefensión aprendida (ésta se da cuando la repetición de situaciones de malos tratos genera miedo creciente y sumisión), por vergüenza y bochorno de tener un hijo violento, vivido como un fallo en la crianza; a esto hay que añadir que en situaciones de dependencia las dificultades cognitivas y comunicativas hacen más difícil que perciban y puedan expresar y denunciar lo que está ocurriendo”*

Con relación a la segunda hipótesis, esta investigación ha probado que existe asociación entre la condición de ser mujer, poseer bajo nivel de instrucción, ser pobre, no tener pareja y tener alguna discapacidad, y la probabilidad de presentar síndrome depresivo mayor en la población adulta mayor a partir de los datos de las ENDES PERÚ 2014 y 2015.

Nuestro estudio halló una prevalencia de síndrome depresivo mayor en la población adulta mayor de 6,7%(ENDES 2014) la cual se incrementó a 8,1% (ENDES 2015) (criterios de calificación del PHQ9 versión original Spitzer RL, 1994). Esta prevalencia se diferencia del estudio realizado en base a la ENDES(Colombia) reportado por Aldana Olarte & Pedraza Marin (2012) quienes encontraron una prevalencia de 9,5% (escala de Zung) y en nuestro país con lo hallado por el Instituto Especializado de Salud Mental, Paz (2010) de una prevalencia de 9,8%(2002) y de 3,8%(2012) en los adultos mayores que presentaron episodio depresivo moderado a severo en el último mes para el área de Lima Metropolitana y

Callao como parte del Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental.

Evidentemente nuestros hallazgos no coinciden exactamente con las investigaciones antes mencionadas y otras, tanto a nivel nacional como internacionalmente, lo cual se explica por varias razones, entre éstas, tamaño y características de las unidades de estudio seleccionados, ya sea que hayan estudiado adultos mayores hospitalizados, en alberges o en la propia comunidad; por los tipos de instrumentos de medición empleados como la de Zung, Hamilton, la escala de Yesavage, CIE-10, a los cuales se suman diferentes puntos de corte, como lo demuestran los trabajos de diferentes investigadores (Baader M., y otros, 2012), (Cassiani Miranda , 2015), (Escobar B., Botigué S., Jurschik G., Nuin O., & Blanco B., 2013), (Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga, & Rojas-Ferreras, 2013), (Borda Pérez, y otros, 2013), (García Serrano & Tobías Ferrer, 2001) (Kroenke , Spitzer, & Williams , 2001), entre otros.

Inclusive investigaciones aplicando el mismo instrumento, como la escala de Yesavage, que es una de las más empleadas, con muestras de diferente tamaño y características, también han obtenido diferentes prevalencias, entre éstos, García Serrano & Tobías Ferrer (2001) en 173 pacientes de una Unidad básica de salud urbana halló una prevalencia de 16%; por su parte Borda y otros(2013) en 66 adultos mayores de centros geriátricos halló 9,55%; este mismo autor con una muestra más amplia encontró 36,4% lo cual coincidió con Sarró-Maluquer y otros (2013) quién estimó una prevalencia de 34,5% en una muestra de 220 personas mayores de 85 años de siete centros de atención primaria, urbanos como rurales.

Estas diferencias coinciden con lo señalado por Gómez Ayala (2007) quien afirma que la prevalencia de la depresión varía sustantivamente dependiendo de las circunstancias en que los adultos mayores se encuentren, ya sea en la comunidad, los que viven en residencias, hospitalizados, aquellos que tienen algún trastorno somático y reciben tratamiento, y los hospitalizados en centros psiquiátricos. Por lo tanto, es posible que los diferentes ámbitos geográficos o el hecho de estudiar adultos mayores a nivel comunitario o institucionalizados den cuenta de estas diferencias (Aldana Olarte & Pedraza Marin, 2012), (Gómez Ayala, 2007). (Alonso, y otros, 2004)

No obstante los considerandos anteriormente expuestos, sustentamos la prevalencia calculada en nuestro estudio por los siguientes argumentos: en primer lugar, el *Patient Health Questionnaire* (PHQ) al compararlo con la escala de Hamilton para depresión[sic] “síndrome depresivo” y los criterios CIE-10 a través de diferentes investigaciones ha demostrado una sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% (Baader M., y otros, 2012); en segundo lugar, ha sido recomendado como estrategia de tamización en depresión[sic] “síndrome depresivo” en el nivel de atención primaria (Tejada, Jaramillo, Sánchez-Pedraza, & Sharma, 2014). En tercer lugar, las escalas no hacen un diagnóstico formal sino que ayudan a la identificación de personas en alto riesgo o alta probabilidad de reunir criterios para el trastorno o categoría diagnóstica explorada (Staab JP, 2001) en este caso, en la realidad peruana estamos frente a la sospecha de un síndrome depresivo en la población adulta mayor que no es detectada y mucho menos tratada, con el consecuente deterioro tanto en el bienestar de los adultos mayores, sus familias, como en la

salud pública en general (Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, C., & Irigoyen-Coria, 2012) y finalmente, en cuarto lugar, la muestra de la ENDES 2014 y 2015 es de carácter probabilístico con alcance nacional y aplicado por personal especialmente capacitado, con lo cual los resultados obtenidos, son confiables.

Respecto a los **factores asociados al síndrome depresivo**, nuestro estudio probó la asociación con la condición de ser mujer, lo cual coincide con los hallazgos de Aldana Olarte & Pedraza Marin, 2012 (OR 1,92), Escobar B., Botigué S., Jurschik G., Nuin O., & Blanco B., 2013 (OR 1,39), Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga, & Rojas-Ferreras, 2013. Contrariamente Borda et al. (2013) halló que los adultos mayores varones presentan mayor probabilidad de depresión que las adultas mayores mujeres. En nuestro estudio este factor se corroboró tanto con el análisis bivariado como en el multivariado.

Respecto al **factor nivel de instrucción**, ha sido una variable estudiada ya sea como un factor de riesgo o como factor protector, independientemente del tamaño y tipo de muestreo empleado y de la escala de medición seleccionada. Cuando está ausente y se suma a la condición de ser mujer, sugiere que las adultas mayores están más expuestas a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos que los varones debido al rol de género. (Escobar B., Botigué S., Jurschik G., Nuin O., & Blanco B., 2013).

La depresión es más frecuente entre los pacientes con un nivel de estudios bajo respecto a aquellos con estudios de bachillerato o superiores (García Serrano & Tobías Ferrer,

2001), (Aldana Olarte & Pedraza Marin, 2012); (Serra Taylor & Irizarry-Robles, 2015), Rico Serra & Irizarry (2015). Inclusive un meta-análisis sustenta que la depresión este inversamente relacionada con la escolaridad es decir que entre mayor escolaridad menor prevalencia de depresión (Martin & Nandini , 2003)

Son escasos los estudios que han efectuado análisis de regresión logística, para analizar la relación de algunos factores contextuales con respecto a los síntomas depresivos en la población adulta mayor, uno de éstos es el de Escobar B., Botigué S., Jurschik G., Nuin O., & Blanco B. (2013) que al igual que en nuestro estudio encontró que las mujeres y aquellos que solo habían cursado estudios primarios o no tenían instrucción presentaron un mayor riesgo de depresión.

Sin embargo, también es preciso notar que existen estudios contradictorios, como el aquel que señala que al comparar dos grupos, uno con educación primaria y secundaria vs preparatoria a universidad sugieren que el nivel escolar no mostró influencia significativa sobre la presencia de síntomas depresivos en ambos grupos. La atingencia que destacamos es que seleccionaron muestras pequeñas (Giacoman, Funes, Guzmán, & Montiel, 2011)

Con relación a la asociación entre los **ingresos y condiciones económicas** del adulto mayor, nuestro estudio ha demostrado la asociación de este factor con la presencia de síndrome depresivo en la población adulta mayor, lo cual coincide con lo reportado por otros investigadores como Borda Pérez, y otros, 2013 que demostraron que los adultos mayores con regulares condiciones económicas tienen mayor riesgo de depresión. En

nuestro estudio, el 65,6% de los adultos mayores en condición de pobreza (pertenecientes al primer y segundo quintil de riqueza) presentaron síndrome depresivo mayor, lo cual, coincide con lo investigado por Olivera & Jhonatan(2014), quien estudió las condiciones socioeconómicas de la población de adultos mayores en el Perú con énfasis en la situación de pobreza, y encontró que la mayoría de personas con 65 o más años de edad se encontraban en situación de extrema pobreza y residían en la sierra rural. Estas cifras revelan una situación de alta vulnerabilidad en este grupo poblacional lo cual debe ser considerado para la determinación de políticas de salud, particularmente de prevención de problemas de salud mental y dentro de éstas la depresión, problema que a nivel de la comunidad no es detectada y mucho menos tratada.

Respecto al **factor estar solo, sin pareja**, nuestros resultados coinciden con lo reportado por Rico Serra & Irizarry (2015) quienes investigaron los factores protectores de la depresión y encontraron que altos niveles de escolaridad y autoeficacia son factores protectores de la depresión en los adultos mayores, mientras que el estar solo(la viudez) es un factor de riesgo. Igualmente Zavala, Núñez, & colab. (2011) demostró que la condición de no contar con pareja(viudos) 35%, la baja escolaridad 73% resultaron significativos, los escasos recursos económicos resultaron significativos. Nuestros resultados también coinciden con lo hallado por Balmón Cruz & Dorado Primo (2004)quién concluyó que el perfil de depresión en la población adulta mayor está caracterizado por la condición de ser mujeres de 72 años, viudas que viven solas, con estudios primarios, que tienen al menos tres enfermedades y que tienen antecedentes depresivos. Por último, afirmaron que existe una

elevada prevalencia de depresión geriátrica en el nivel de atención primaria que permanece infradiagnosticada.

En cuanto al **factor discapacidad** y la asociación con el síndrome depresivo en la población adulta mayor, nuestros resultados concuerdan con Segura-Cardona, Cardona-Arango, Segura-Cardona, & Garzón-Duque (2012) quienes exploraron la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores del Departamento de Antioquia en una muestra de 4248 adultos mayores, encontrando entre otros factores (edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol) la pérdida de capacidad funcional asociado a la depresión en la población adulta mayor. En nuestro país, el estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (EEMSM “HD-HN”) también demostró la asociación bivariada significativa ($p < 0,05$) de factores socio demográficos como el ser personas de 75 años y más años de edad, de sexo femenino, con nivel educativo bajo y analfabetos, así como la presencia de algún problema físico, de sufrir de alguna discapacidad física, con la presencia de síndrome depresivo en este grupo poblacional.

El análisis multivariado aplicado en nuestro estudio ratificó los resultados de investigaciones previas de la asociación de las variables: no contar con un nivel de instrucción, pobreza, discapacidad para moverse, discapacidad para ver, violencia conyugal y la condición de ser mujer con el síndrome depresivo en la población adulta mayor.

Independientemente de los valores absolutos que representan las prevalencias del síndrome depresivo, estamos frente a poblaciones adultas mayores con grupos familiares que

desconocen la presencia de esta sintomatología, por lo tanto, éstas no están bajo ningún tipo de atención sanitaria ni familiar, Serra Taylor(2013): afirma que menos de la mitad de las personas de edad avanzada con trastorno de depresión mayor en centros de cuidado son diagnosticadas y tratadas (Gellis, McGinty, Horowitz, Bruce, & Misener, 2007). Riquelme Marín et al. (2004) hallaron que el 71,0% de los adultos mayores deprimidos no se les identifica esta condición por parte de su médico y sólo del 3% al 14% reciben algún tipo de tratamiento. Estas dificultades para el diagnóstico de la depresión en los adultos mayores con frecuencia se deben a que los síntomas depresivos que aparecen en estos están íntimamente unidos a otros trastornos físicos y/o psiquiátricos y al uso de medicamentos, lo cual propicia un ocultamiento de los síntomas depresivos y dificulta el diagnóstico (Aktaş et al., 2013; Riquelme Marín et al., 2004). Por otra parte, se ha observado que las personas que trabajan en los hogares de cuidado frecuentemente no reconocen la sintomatología del síndrome depresivo en los adultos mayores (Brown, Kaiser, & Gellis, 2007)

La invisibilidad (falta de detección) del síndrome depresivo en la población adulta mayor se acrecienta porque los problemas de salud mental no son reconocidos en su verdadera dimensión por el personal que labora en el primer nivel de atención(OMS, 2015).

Es incuestionable que el envejecimiento humano es un proceso propio, progresivo y dinámico que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para responder a cambios en el medio ambiente o en el medio interno, interviniendo múltiples factores biológicos, psíquicos y

sociales. Si a este proceso natural e irreversible se agregan factores de pobreza, con bajos niveles de instrucción y mayoritariamente femenina, la población adulta mayor se tornará más frágil y de mayor riesgo, más aún si se conoce que las pensiones de las mujeres son más bajas que la de los hombres, ello marca una tendencia mucho más preocupante sobre el futuro de la vejez para las mujeres adultas mayores.(Marcos, Ventola, Pastor, Donoso, & Velasco, 2013).

La tercera hipótesis planteada en nuestro estudio, también fue demostrada: existe asociación entre la condición de ser hombre, poseer mejor nivel de instrucción, ser menor de 75 años y la probabilidad de presentar consumo problemático de alcohol en la población adulta mayor según la ENDES 2014 y 2015.

La prevalencia de consumo problemático de alcohol en nuestro estudio en la población adulta mayor fue de 0,8% y 0,6% (ENDES 2014 y ENDES 2015), la cual se acerca al caso de la población chilena según la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) que reportó un 0,77% a nivel nacional citado por (Chung Bin , y otros, 2014), sin embargo, nuestros resultados difieren de los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país por el Instituto Nacional de Salud Mental “Hideyo Noguchi” que ha reportado diferentes prevalencias de consumo de alcohol en la población adulta mayor según el año y área geográfica estudiada, Lima Metropolitana (2012=5,1%), Sierra rural(2008=1,8%), selva rural (2009=1,9%).

Al igual que al analizar las prevalencias de síndrome depresivo en la población adulta mayor, encontramos que no son comparables porque se han empleado diferentes definiciones y

en consecuencia diferentes instrumentos de medición de la variable.

Igualmente, nuestros resultados difieren de dos investigaciones en la población mexicana con valores muy disímiles, una reportado por Solís, Vélez, & Berumen(2000) quién estudió “hábitos de consumo de alcohol” en una población de 700 usuarios mayores de 65 años que acudían a los servicios de atención primaria, quien halló una prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas de 36,7%, una prevalencia actual de 20,5% y sólo 55(8,81%) expresaron que tenían problemas por consumo de alcohol. Una segunda investigación (Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero, & Borgues, D, 2007) estudió una muestra de 4 872 mayores de 65 años obtenidos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México(ENASEM 2001) en que el 34,7% reportó consumo de alcohol en el pasado y de éstos el 67,5% (1140) continuaban haciéndolo en el presente, más en los hombres que en las mujeres. La prevalencia de consumo problemático de alcohol fue de 2.8%, el cual se obtuvo como resultado de la aplicación del cuestionario CAGE.

Nuestro estudio permitió identificar algunos factores asociados (regresión logística binaria) al consumo problemático de alcohol en la población adulta mayor. Los adultos mayores varones tienen 20 veces más probabilidad de presentar consumo problemático de alcohol que las mujeres; los adultos de “75 a más años de edad” fue un factor protector del consumo problemático de alcohol para ambas ENDES. Igualmente tener instrucción fue un factor protector, esto significa que los adultos mayores que tienen instrucción tienen menos probabilidad de presenta consumo problemático de alcohol; los

que sufren de violencia conyugal tienen 9 veces más probabilidad de además presentar consumo problemático de alcohol.

Lo encontrado coincide con las investigaciones de Iparraguirre (2015) Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero, & Borgues (2007) quienes encontraron que el riesgo de un consumo excesivo de alcohol disminuye con la edad y que hay una asociación no lineal entre el riesgo para la edad y los hombres, lo cual significa que los más jóvenes tienen mayor riesgo. El mayor consumo de alcohol en los adultos mayores menores de 70 años en comparación con los de 70 y más años, se deba probablemente porque las personas al envejecer, sus organismos son menos capaces de manejar los mismos niveles y patrones de consumo de alcohol como en años anteriores en la vida, lo que lleva a una elevada carga de las lesiones no intencionales, tales como caídas relacionados con el alcohol (Sorock et al., 2006;. Grundstrom et al, 2012).

Por su parte Moura & Malta (2011) también halló mayor riesgo en los hombres que en las mujeres y el factor mayor escolaridad se asoció también con el mayor consumo de alcohol ($p < 0.001$) Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero, & Borgues (2007)

Uno de los problemas asociados al consumo de alcohol en el adulto mayor es el riesgo de intento de suicidio, así como el estar separado o divorciado y el abuso de otras sustancias (Preuss et al., 2011). Aún cuando en nuestro estudio no se ha demostrado estadísticamente la asociación entre consumo problemático de alcohol y síndrome depresivo, sin embargo, existen estudios que demuestran asociación entre enfermedad

depresiva, violencia y consumo excesivo de alcohol, tanto así, que se puede predecir en la pareja, la violencia del hombre contra la mujer (Sadi, 2012), siendo significativamente más frecuente entre los hombres mayores de 65 y 74 años, las personas mayores con parejas (no casadas) y las personas mayores financieramente independientes (Rusac, 2015).

La cuarta y última hipótesis planteada en nuestro estudio, también fue demostrada: existe asociación entre la condición de ser mujer, no tener instrucción y la probabilidad de sufrir violencia conyugal en la población adulta mayor según la ENDES 2014 y 2015.

Respecto a la **violencia conyugal** la ENDES 2014 y 2015 en la Sección VII: Salud Mental incorporó sólo dos preguntas sobre violencia física aplicable a población adulta mayor: “¿en los últimos 12 meses cuántas veces su pareja la golpeó con el pie, el puño o alguna otra parte del cuerpo?” y “¿cuántas veces la golpeó con un objeto como correa, palo, cuchillo o arma?” lo cual permitió identificar una prevalencia de 1,6% y 0,9% (ENDES 2014 y 2015), valores que se aproximan a los resultados de los estudios del Instituto Especializado de Salud Mental Hideyo Noguchi.

La ausencia de investigaciones con carácter nacional que den cuenta de la violencia en la población adulta mayor nos impide realizar comparaciones, sin embargo, el Instituto Especializado de Salud Mental desde el 2002 al 2012 ha realizado varios estudios epidemiológicos con el objetivo de realizar un diagnóstico de la salud mental en cuatro grupos objetivo: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas, en diferentes departamentos de nuestro país. Respecto al maltrato al adulto mayor se encontró en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz

una prevalencia(últimos doce meses) de 9,2%(2003) y 7,3%(2008); en la zona de Fronteras: Bagua Grande, Tumbes, Tacna, Puno y Puerto Maldonado 3,5%(2005); en Lima Metropolitana y Callao 5,9%(2012); en la Sierra peruana 1,6%(2003); en la Selva rural 1,9%(2009). Respecto a la violencia física (golpes, empujones y puñetes) las prevalencias son diferenciadas, en las zona urbana de 0,9 a 1,0 y en la zona rural de 0,8 a 1,0(Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2003), (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2009), (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

La prevalencia encontrada en nuestro estudio aun cuando tenga sus limitaciones por cuanto no se basa en un instrumento específico para medir violencia en la población adulta mayor, sin embargo, nos revela la subsistencia de un problema social, que afecta la economía y el desarrollo de un país, que se mantiene de manera silenciosa en numerosas familias y deja sus terribles secuelas, muchas veces irreversibles en la vida de sus víctimas, llegando en ocasiones extremas a ocasionar la muerte (MIMDES, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) en su Informe mundial sobre la violencia que la define como *“el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*, en este caso, la violencia es estudiada como aquella proveniente de la propia pareja. Es importante reflexionar que este tipo de violencia en los adultos mayores representa una historia de violencia, lo cual significa,

que el adulto mayor llega a este período de la vida acumulando años de violencia en su propio contexto familiar, aislado de la sociedad, su hogar se convierte en su propia cárcel. Es por ello, que no es de extrañar, que sumado al carácter dominante de su pareja (agresor), la mujer llegue a la condición de adulta mayor, y continúe este escenario de violencia, en donde, se sumen ahora, como agresores, los hijos (Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales, & Gálvez, 2010).

Es importante destacar tal como lo afirma (Paniagua Fernández & Mota López, 2008) que la violencia en las personas adultas mayores es “invisible” en comparación con otros grupos etarios, especialmente la doméstica, al desarrollarse la vida del mayor hacia el interior del espacio doméstico (Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales, & Gálvez) lugar en el que no se pueden detectar síntomas físicos y/o psíquicos que ponga en alerta al personal de salud, ya que las señales físicas y psíquicas de violencia se solapan con lesiones frecuentes en personas de edad como caídas reiteradas, depresión senil etc. Esta invisibilidad dificulta la prevención, detección e intervención (Paniagua Fernández & Mota López, 2008)

En concordancia con lo anterior, no es de extrañar el rol de la pareja como el principal protagonista de violencia física, siendo los empujones la manifestación de violencia física que más predomina (Rodríguez Domínguez, et al., 2005), (Taurino, Curcio, Alvarado, Zunzunegui, & Guerra, 2015) y que es mayor entre las actualmente divorciadas y separadas; y entre las unidas, mayor entre las convivientes. Es por ello, que la violencia física hacia la mujer se le asocia con variables como patriarcalismo y autoritarismo (Matos Marcelo & Cordano

Gallegos, 2006) Es importante destacar que el familiar agresor del adulto mayor, también ha sufrido violencia en su etapa de niñez y adultez Chambergo Jurupe & Valdivia Calixto, (2004).

Esta investigación confirma una vez más que del total de adultos mayores que declararon ser víctimas de violencia física por sus cónyuges – lo cual no exime que podrían haber sido víctimas de sus propios hijos u otros familiares- el mayor porcentaje corresponde a mujeres, lo cual concuerda con lo reportado en investigaciones extranjeras o nacionales como las de (Baeza Ulloa & Poblete Berríos, 2004) que destacó lo evidente de la feminización de la violencia y que la detección de la situación de maltrato hacia los adultos mayores se hace difícil, debido a la dependencia económica y emocional de ellos con sus agresores, quienes en su mayoría son sus familiares directos. Igualmente en nuestro medio se ha encontrado una relación de tres mujeres por cada varón maltratado Teresa Viviano, (MIMDES, 2007) y al investigar la violencia denunciada en los Centros de Emergencia Mujer el mayor porcentaje fueron mujeres, con una historia de violencia doméstica que supera en muchos casos un cuarto de siglo (Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales, & Gálvez). Este maltrato del hombre hacia la mujer, es justificado por el primero, entre otras razones, por la infidelidad de la pareja y por descuidar a los niños y niñas. Adicionalmente, si la esposa se niega a tener relaciones sexuales, creen tener derecho a molestarla, a no darle más dinero, a usar la fuerza y a obligarla a tener relaciones sexuales (MIMDES, 2006).

En cuanto a la edad, en nuestra investigación hallamos un mayor porcentaje en grupo de 60 a 74 años de edad que supera el 80,0% de sufrir violencia en relación a los adultos

mayores de 75 años, lo cual coincide con las investigaciones de (Cardoso Núñez, Mejías Álvarez, Macías Peña, & Amaro Hernández, 2004) y Teresa Viviano, (MIMDES, 2007).

En lo referente al nivel educativo, la falta de educación aparece como un factor de importancia, aún cuando en nuestro estudio, la diferencia no haya sido estadísticamente significativo, sin embargo, la mayor frecuencia de casos se presentó entre los que no tenían instrucción y sólo educación primaria, lo cual coincide con los resultados de otras investigaciones que entre más años de estudio de la mujer, disminuye el riesgo de sufrir violencia (Silva-Fhon, Del Río, Coelho Fabricio-Wehbe, & Partezani-Rodrigues, 2015) y (Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales, & Gálvez); Teresa Viviano, (MIMDES, 2007); por otra parte, cuando se ha estudiado el nivel educativo del marido esto se asocia a la violencia de toda la vida y a la violencia frecuente de manera directa, la misma que aumenta desde la no educación hasta el nivel secundario pero disminuyen drásticamente con la educación superior, (Matos Marcelo & Cordano Gallegos, 2006). Resultados de regresión logística binomial han develado que cuando se incrementan las distancias educativas al interior de la pareja a favor de la mujer, la probabilidad de que ella sufra de violencia física se incrementa; asimismo, a mayor edad de la mujer al casarse, menor violencia. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES, 2006)

Respecto a la situación de pobreza, nuestros resultados muestran que la mayoría de casos se concentró en los adultos mayores que pertenecen a los dos primeros quintiles de riqueza, aún cuando la diferencia no sea estadísticamente significativa, sin embargo, reitera los resultados de

investigaciones anteriores (Martina, Nolberto, Miljanovich, Bardales, & Gálvez), Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES, 2006), aún cuando también hay evidencias que la posesión del recurso socioeconómico no disminuye la probabilidad de violencia, ya que los porcentajes de violencia son similares tanto para las mujeres que tienen recursos como para las que no (Matos Marcelo & Cordano Gallegos, 2006).

No es de extrañar que sumado a la condición de mujer, de bajo nivel educativo y sin recursos económicos se sume que sean mujeres migrantes como lo estudiado por el MIMDES que encontró que las mujeres provenientes de la sierra sur (Ayacucho, Puno y Andahuaylas) tienen nulas o escasas redes de parentesco en Lima; incluso aquellas que cuentan con algún familiar, y consecuencia no reciben un apoyo importante para afrontar sus problemas.

Es importante destacar un hallazgo que pone en evidencia al hombre adulto mayor como víctima. Mientras que una investigación demostró que el 12,7% de las víctimas fueron hombres adultos mayores que acudieron a los Centros de Emergencia Mujer por violencia (Martina et al., 2011) en nuestro estudio, se encontró que los hombres también reportaron ser víctimas de sus cónyuges, en el año 2014: 32,60% (15/46) y en el 2015: 37,5%(12/32), Este hallazgo revela que las mujeres tienen menos reparos de orden cultural de denunciar que son víctimas de violencia; haciendo invisible la violencia de las mujeres hacia los hombres, posiblemente debido a la falta de conciencia o a la escasez de este tipo de violencia de género y también probablemente porque este problema no ha captado la atención por los medios de

comunicación. Esto se agudiza, porque la sociedad actual no da cabida a la existencia del hombre maltratado ya que no existe la visión del hombre maltratado en la violencia doméstica .(Aguilera A, Barba M, Fuentes M, Villacreces N., & García José, 2015)

En la ENDES 2014 la violencia conyugal estuvo asociada a la condición de ser mujer (OR ajustado:3.3) y a padecer de síndrome depresivo (OR ajustado: 4.0); esta situación cambia en la ENDES 2015, en la que el factor de mayor riesgo es el de residir en zona rural (OR ajustado 3.2). Esta disminución de la violencia conyugal de un año a otro, en la zona urbana, probablemente se explique por una mayor información y a las campañas contra la violencia de género, sin embargo, la violencia en el área rural se ha duplicado OR ajustado 1,14(2014) a 3,2(2015), probablemente por una ausencia del Estado que hace que los adultos mayores se encuentren en el desamparo total y expuestos al maltrato, con todas las consecuencias que se derivan de ello.

Finalmente señalamos que esta investigación tiene las limitaciones propias del empleo de tratar fuentes secundarias, por cuanto la ENDES no ha sido diseñada específicamente para determinar problemas de salud mental, en la población en general y mucho menos en la población adulta mayor, sino que es parte de un estudio de variables sociales, demográficas y de salud, sin embargo, la rigurosidad científica del muestreo y la participación de personal debidamente capacitado nos permite confiar en la información derivada de esta fuente secundaria.

Una segunda limitación atribuible a la ENDES está referido a la medición de las variables de la sección salud mental. Para la variable

depresión se ha empleado el cuestionario PHQ-9 instrumento que en nuestro medio son escasas no obstante su validez y confiabilidad ampliamente demostradas en diferentes grupos poblacionales. Para la variable alcoholismo, se han empleado una serie de preguntas que no responden a una escala predeterminada, por lo tanto, las prevalencias deben tomarse con mucha precaución, y, finalmente las dos preguntas sobre la variable violencia física proveniente de la pareja, no están debidamente contextualizadas, por lo tanto, el análisis de las mismas, tienen sus propias limitaciones.

Una tercera limitación, es siendo la ENDES una encuesta que trata diversos temas, cuya aplicación demanda una inversión de tiempo de aproximadamente tres horas, ello podría influir en las respuestas del informante, máxime si se trata de adultos mayores y que en muchos casos sus edades superan los ochenta años de edad.

Concluimos esta investigación señalando que *“la salud mental y el desarrollo integral de las personas están influenciados por características económicas, sociales y culturales que actúan negativamente. Uno de los principales obstáculos para la salud pública en general y la salud mental en particular, es la pobreza que si bien se ha reducido de 25.8% de la población en 2012 a 23.9% en 2013, para muchos peruanos la disminución de la pobreza solo existe “en los números” en reportes del Instituto Nacional de Estadística, y consideran que su vida diaria se caracteriza por una serie de privaciones. Otros factores asociados constituyen el desempleo, subempleo, desnutrición, carencias educativas, desprotección social y jurídica, déficit sanitarios y de salud entre otros. Estas condiciones desde la perspectiva del Ministerio de Salud, generan dos fenómenos de gran implicancia para la salud mental: exclusión social y anomia (MINSA, 2004).*

4.3 Conclusiones

En concordancia con los objetivos de la investigación, las hipótesis planteadas y los hallazgos analizados, exponemos las siguientes conclusiones:

OBJETIVO 1: *Estimar la prevalencia de síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014-2015*

1. Existe una prevalencia invisible de síndrome depresivo mayor(2014=6,7% y 2015=8,1%) en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014 y 2015 que se aproxima a lo reportado por la ENDES Colombia(9,5%)
2. Existe una prevalencia de consumo problemático de alcohol de 0,8%(2014) que descendió a 0,6%(2015) en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014-2015 que se aproxima con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud (0,77%) (Chile 2009-2010).
3. Existe una prevalencia de violencia conyugal de 1,62%(2014) que disminuyó a 0,95%(2015) en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014-2015.

OBJETIVO 2: *Determinar las características socio demográficas de la población adulta mayor peruana que presenta síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015*

4. La población adulta mayor que presenta **síndrome depresivo mayor** se caracteriza porque en su mayoría son mujeres con tendencia a su incremento(2014=8,6% a 2015=10,4%); el grupo etario más afectado tienen 85 y más años, sin embargo, el grupo de 75 a 84 años ascendió en tres puntos porcentuales (2014=7,7% al 2015=10,7%); con bajo nivel instruccional; en su mayoría sin pareja; residen en zonas rurales; viven en estado de pobreza(primer y segundo quintil de riqueza) y un porcentaje no desdeñable de adultos mayores presentan discapacidad y no cuentan con seguro de salud. En todos los casos resultó altamente significativo $p<0,001$
5. La población adulta mayor que presenta **consumo problemático de alcohol** se caracteriza porque en su gran mayoría son hombres, pertenecen al grupo etario de 60 a 74 años de edad; con instrucción secundaria y superior, y en su mayoría pertenecen a los niveles superiores del índice de riqueza, diferencias estadísticamente significativas para ambos años. Los factores como lugar de residencia, tener pareja, contar con un seguro de salud y presentar alguna discapacidad, las diferencias encontradas fueron significativas sólo para un año de estudio.
6. La población adulta mayor que presenta **violencia conyugal** se caracteriza porque en su mayoría son mujeres, más en los adultos mayores casados que en los convivientes, diferencias estadísticamente significativas para ambos años. Los factores asociados como procedentes del área urbana y sin educación, fueron significativos sólo para el 2015. Aún cuando la diferencia no fue estadísticamente significativa, destacaron aquellos adultos mayores que tienen de 60 a 74 años de edad y que pertenecen a los dos primeros quintiles de riqueza,

7. Existe un porcentaje importante a destacar de adultos mayores hombres víctimas de violencia conyugal el cual tiende a incrementarse.

OBJETIVO 3: *Determinar si la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el tener pareja, el lugar de residencia, la situación económica, el contar con un seguro de salud y la discapacidad, constituyen factores asociados a la presencia de síndrome depresivo, consumo problemático del alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor peruana según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015*

8. El modelo de regresión logística multivariante determinó que la condición de sexo femenino, no contar con instrucción, pobreza, discapacidad para moverse, discapacidad para ver y discapacidad para entender son factores asociados al síndrome depresivo en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014-2015. De estos factores el que más destacó fue la condición de ser mujer.
9. El modelo de regresión logística multivariante determinó que los adultos mayores varones tienen hasta 20 veces más probabilidad de consumo problemático de alcohol que las mujeres adultas mayores. Contar con un mayor nivel de instrucción y tener 75 y más años de edad actuaron como factores protectores al consumo problemático de alcohol en la población adulta mayor según la ENDES 2014 y 2015..
10. El modelo de regresión logística multivariante determinó que las adultas mayores mujeres tienen 3,29 veces más probabilidad de sufrir violencia conyugal que los hombres, en la población adulta mayor según la ENDES 2014 y 2015.

OBJETIVO 4: *Determinar si existe asociación entre el síndrome depresivo, el consumo problemático de alcohol y la violencia conyugal en la población adulta mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2014 y 2015*

11. Los adultos mayores que sufren violencia conyugal tienen cuatro veces más probabilidad de presentar síndrome depresivo OR= 4 (IC95% 1,9- 8,44), el cual solo estuvo presente para el año 2015.
12. Los adultos mayores que sufren de violencia conyugal tienen 9 veces más probabilidad de además presentar consumo problemático de alcohol (ENDES 2014 OR=9,01 (IC95% 1,23- 65,76)

4.4 Recomendaciones

1. Es necesario continuar con investigaciones de ámbito nacional que permitan estudiar el síndrome depresivo, el consumo problemático de alcohol y la violencia conyugal en la población adulta mayor a fin de conocer el comportamiento y la tendencia de la salud mental.
2. Es necesario validar instrumentos acordes a nuestra realidad. que permitan medir síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal.
3. Es necesario desarrollar estudios de cohortes con base comunitaria que permitan comprobar hipótesis y así combinar la investigación y la intervención en espacios geográficos determinados que beneficie a la población seleccionada.
4. El Instituto Nacional de Estadística e Informática debe estudiar la posibilidad de incluir una sección dedicada al adulto mayor, sólo así se tendrá la certeza de que las variables estarán dirigidas a este grupo poblacional de importancia para la salud pública del país.
5. El Instituto Nacional de Estadística e Informática debe revisar la sección de salud mental, especialmente en lo referido a las preguntas dirigidas al alcoholismo y elegir un instrumento confiable y validado como el AUDIT u otros, que con pocas preguntas puede discriminar aquellas personas con problemas de consumo de alcohol.
6. El Instituto Nacional de Estadística e Informática debe revisar las preguntas dirigidas a medir la violencia, tanto a la víctima como al perpetrador de la violencia. La ENDES si bien tiene una sección que mide violencia familiar, sin embargo está dirigido sólo a las mujeres en edad fértil (15-49 años), lo que excluye definitivamente a las mujeres adultas mayores. Es importante

también estudiar al adulto mayor varón como víctima de violencia.

7. El PHQ_9 debería difundirse entre los familiares que viven con adultos mayores, por cuanto, su aplicación no requiere de un entrenamiento especializado y ello permitiría la identificación oportuna del síndrome depresivo y así evitar que desencadene en problemas mayores de alto costo social y sanitario.
8. Es imprescindible que los establecimientos de salud del primer nivel de atención –especialmente del área rural- apliquen medidas adicionales para identificar precozmente síndrome depresivo en el adulto mayor, con lo cual, podría prevenirse o detectarse otros problemas adicionales como consumo problemático de alcohol y violencia conyugal.
9. Es imprescindible e importante que se diseñe e implementen políticas de atención de la salud mental del adulto mayor, con un enfoque interdisciplinario, en los establecimientos del primer nivel de atención.
10. El Estado a través del sector educación debe prestar especial para disminuir el analfabetismo especialmente de las mujeres, porque es un factor asociado al síndrome depresivo y a la violencia conyugal del adulto mayor y porque los problemas de la salud mental en el adulto mayor, son la punta del iceberg de una vida llena de inequidades y sufrimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar-Navarro, S. G., Reyes-Guerrero, J., & Borgues, G. (2007). Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Publica de Mexico*, 49(SUPPL. 4), 467–474. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007001000005>
2. Aguilera A, Barba M, Fuentes M, L. E., Villacreces N., & García José. (2015). Violencia de la mujer hacia el hombre, ¿mito o realidad? *Reidocrea.*, 4(2), 14–17.
3. Aldana, R., & Pedraza, J. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la ENDES 2010. *Universidad Del Rosario*, 2–24.
4. Association, A. P. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
5. Baader, T., Molina, J. L., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., ... Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 9(1), 10–22.
6. Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. *Organización Mundial de La Salud*, 6, 1–40.
7. Baeza, V., & Poblete, R. (2006). *Adulto mayor y maltrato*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
8. Balmón-Cruz, C., & Dorado-Primo, J. alejandro. (2004). Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primeria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (9), 9–20.
9. Barahona, L. (2006). Violencia al Adulto Mayor.
10. Bardales, O. (2010). Violencia Familiar y Sexual en el Perú. *Estado de Las Investigaciones En Violencia Familiar Y Sexual 2006 - 2010* *linvestigaciones / Violencia Familiar / Vviolencia Sexual Ministra*, 171.
11. Berenzon-Gorn, S., Tiburcio-Sainz, M., & Medina-Mora, M. E. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión : diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28(6), 33–40.

12. Borda, M., Anaya, M., Pertuz, M., Romero, L., Suárez, A., & Alexandra, S. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo
Depression older adults in four nursing homes of Barranquilla (Colombia): prevalence and risk factors. *Salud Uninorte*, 29(1), 64–73.
13. Calderón, M., Gálvez-Buccollini, J. A., Cueva, G., Ordoñez, C., Bromley, C., & Fiestas, F. (2012). Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 29(4), 578–579.
<https://doi.org/10.1590/S1726-46342012000400027>
14. Carbajo, M. del C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos: Revista de La Facultad de Educación de Albacete*, 2008(18), 237–254.
15. Cardoso-Núñez, O., Mejías-Alvarez, N., Macías-Peña, J., & Amaro-Hernández, F. (2004). Caracterización del maltrato en el anciano. *Archivo Médico de Camagüey*, 8(1). Retrieved from
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117824004>
16. Cardoso, O., Mejías, N., Macías, J., & Amaro, F. (2002). Caracterización del maltrato en el anciano.
17. Cassiani-Miranda, carlos A. (2015). *Desempeño psicométrico de la escala PHQ-9 para el tamizaje de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Cartagena, 2014*. Universidad de Cartagena.
18. Castro-Camacho, L., Escobar, J. M., Sáenz-Moncaleano, C., Delgado-Barrera, L., Aparicio-Turbay, S., Molano, J. C., & Noguera, E. (2012). Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 61–85.
[https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60069-X](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60069-X)
19. Chun-Bin, Y., Rojas, V., Zalaquett, M., Torres, R., Ramírez, C., Román, F., & Carrasco, M. (2014). Consumo de alcohol en el adulto mayor chileno que viaja. *Rev Med Chile*, (142), 1517–1522.
20. Conde-Sala, J. L., & Jarne, A. (2006). Trastornos mentales en la vejez. *Psicología de La Vejez*, (OCTOBER 2006), 341–364.
21. Congreso de la Republica. (2016). Ley N° 30490 Ley de la Persona Adulta Mayor. *El Peruano*, 380715–380719.

22. Congreso de la República. Ley N°27306 Ley de Protección frente a la Violencia Familiar (2000).
23. Congreso de la República. (2006). Ley N° 28803 Ley de las Personas Adultas Mayores. *Congreso de La República Del Perú*, 6.
24. De Oliveira, G., Leonardo, C., Rodrigues, P., & Aparecida, R. (2008). Ocurrencia de maltratos en ancianos en domicilio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 7. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421890021>
25. Díaz, J.J., Agüero, J.M, & Sérurier, M. (2013). Reflexiones sobre la encuesta demográfica y de salud familiar - Endes, 139.
26. Dirección de Epidemiología y Demografía. (2015). *Guía para análisis secundario de las encuestas poblacionales del Ministerio de Salud y Protección Social*. Colombia.
27. Dirección General de Promoción de la Salud- Ministerio de Salud. (2004). Lineamientos para la acción en salud mental, 1–80.
28. Escobar-Bravo, M. A., Botigué-Satorra, T., Jurschik-Giménez, P., Nuin-Orrio, C., & Blanco-Blanco, J. (2013). Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 48(2), 59–64.
29. Flores-Pérez, M. (2012). *Síntomas depresivos, autocuidado y control glucémico en personas con Diabetes Tipo 2*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
30. García, M., Ibáñez, J., & Alvira, F. (1986). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial.
31. García Serrano, M. J., & Tobías Ferrer, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 27(7), 484–488. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78839-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78839-7)
32. Gómez, A. (2007). La depresión en el anciano. *Divulgación Sanitaria*, 26.
33. Gonzáles, M., & Robles, J. (2013). *Riesgo de depresión del adulto mayor según Test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro 2011*. Universidad Wiener.
34. Gossop, M. (2008). Drogas en el punto de mira. *Publicaciones*

Oficiales de Las Comunidades Europeas, 4.

35. Hernández, V. (n.d.). Evaluación del bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en Cacuta, norte de Santander.
36. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación. Metodología de la investigación*. <https://doi.org/-> ISBN 978-92-75-32913-9
37. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2003). Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003. *Anales de Salud Mental*, 19(3 y 4), 216.
38. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2009). Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra rural 2008, 1–323.
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). Diseño y cobertura de la muestra 2014.
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014a). Diccionario de Variables.
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014b). Los errores de muestreo.
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015a). Diseño y Cobertura de la muestra 2015.
43. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015b). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. *Encuesta Demográfica Y de Salud Familiar*, 40. Retrieved from www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - 2015. *Inei*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
45. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Nota de Prensa N°108 Junio 2018, 49–51. Retrieved from <http://www.censos2017.pe/inei-difunde-base-de-datos-de-los-censos-nacionales-2017-y-el-perfil-sociodemografico-del-peru/>
46. Instituto Nacional de Salud Mental. (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. *Anales de Salud Mental: Órgano Oficil Del Instituto Nacional de Salud Mental*, XXVIII(Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009), 233.

47. Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio Epidemiológico De Salud Mental En Lima Metropolitana Y Callao - Replicación 2012. *Anales de Salud Mental: Órgano Oficil Del Instituto Nacional de Salud Mental*, XXIX, 269.
48. Iparraguirre, J. (2015). Socioeconomic determinants of risk of harmful alcohol drinking among people aged 50 or over in England. *BMJ Open*, 5, 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007684>
49. Jané, E., & Gabilondo, A. (2008). *La salud mental de las personas mayores. Mental Health* (Vol. 1).
50. Juárez, J., León, A., & Linares, V. A. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH “Viña alta”–La Molina, Lima-Perú. *Horizonte Médico*, 12(2), 26–29.
51. Llanes, H., López, Y., Vásquez, J., & Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Rev Ciencias Médica La Habana*, 21(1), 65–74.
52. Maldonado, G., Banda, G., Rivera, V., Medrano, M., Villanueva, S., & García, P. (2010). Consumo de tabaco y alcohol en un colectivo de adultos mayores. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*. Retrieved from <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/ggvmsp.htm>
53. Marcos, M., Ventola, M., Pastor, V., Donoso, J., & Velasco, M. (2013). Envejecimiento y pobreza: Vinculaciones y soluciones propuestas. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 271–285.
54. Marín, J. (2015). Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados. *Observatorio Chileno de Drogas*, 3, 1–5.
55. Martina, M., Nolberto, V., Miljanovich, M., Bardales, O., & Gálvez, D. (2011). Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Lima-Perú, 2009. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3), 1–7.
56. Martínez, O., Rodríguez, X., Guillot, A., & Rodríguez, L. (2007). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del Policlínico Enrique Betancourt. *Revista AVANZADA cIENTÍFICA*, 10(2).
57. Matos, S. (2006). Violencia Conyugal Física en el Perú. *Centro De Investigacion Y Desarrollo Del Instituto Nacional de Estadística E Informática*, 1–223.

58. Matutti, M., & Tipismana, O. (2016). Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital de Lima Metropolitana, *2*(2), 171–187.
59. MIMDES. (2006a). Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006 - 2010, 37.
60. MIMDES. RM 156-2005 MIMDES (2006).
61. MIMP. (2013). El Programa Nacional contra la violencia familiar y sexual en cifras 2013. *Ministerio de La Mujer Y Poblaciones Vulnerables*.
62. MINSA. (2012). Guía Técnica: Guía de práctica clínica en Depresión. <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
63. Monteiro, M. G. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones*, *25*(2), 99–105. <https://doi.org/10.20882/adicciones.56>
64. Montenegro, J., & Santisteban, Y. (2016). *Factores psicosociales asociados a la Depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumi Lambayeque 2016*. Universidad Señor de Sipán.
65. Moura, E. C., & Malta, D. C. (2011). Alcoholic beverage consumption among adults : sociodemographic characteristics and trends na população adulta brasileira : características sociodemográficas e tendência. *Rev Bras Epidemiologia*, *14*(3), 61–70.
66. Naciones Unidas. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Vol. 19, p. 127). Madrid. <https://doi.org/10.1017/S0250569X00017805>
67. Naciones Unidas. (2007). Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basa en derechos (pp. 1–12). Brasilia. Retrieved from https://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/LCG2359_e.pdf
68. Naciones Unidas. (2009). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe.
69. Olivera, J., & Jhonatan, C. (2013). *Características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social* (Departamento de Economía). Lima-Perú.
70. Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la

- violencia y la salud. *Organización Mundial de La Salud*, 1–12.
<https://doi.org/Organización Mundial de la Salud>
71. Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003, 1–140.
 72. Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los Trastornos Mentales.
 73. Organización Mundial de la Salud. (2006). Violencia infligida por la pareja y alcohol, 8.
 74. Organización Mundial de la Salud. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas.
 75. Organización Mundial de la Salud. (2010). El envejecimiento de la población mundial. *Population (English Edition)*, 11–18.
 76. Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización Mundial de La Salud*, 54.
<https://doi.org/978 92 4 350602 9>
 77. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Retrieved from
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
 78. Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Retrieved June 10, 2018, from
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
 79. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Who*, 1–4. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(02\)74839-7](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(02)74839-7)
 80. Organización Mundial de la Salud OMS. (2013). Salud mental: un estado de bienestar.
 81. Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. 2015*.
<https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
 82. Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). Alcohol.
 83. Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*.

<https://doi.org/978-92-75-31632-0>

84. Paniagua, R., & Mota, R. (2001). La violencia hacia los mayores. *Baómetro Del Centro de Investigaciones Sociológicas*, 231–240.
85. Paz, V. (2010). Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*, 26(1), 30–38.
86. Pérez-Rojo, G., Izal-Fernandez De Troconiz, M., & Montorio-Cerrato, I. (2005). Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Revista Espanola de Geriatria Y Gerontologia*, 40(SUPPL. 3), 69–73. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)75076-9](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75076-9)
87. Phelan, E., Williams, B., Meeker, K., Bonn, K., Frederick, J., Logerfo, J., & Snowden, M. (2010). A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly.
88. Preuss, U., Ridinger, M., Rujescu, D., Samochowiec, J., Fehr, C., & Wurst, F. (2011). Association of ADH4 genetic variants with alcohol dependence risk and related phenotypes: results from a larger multicenter association study. *Addict Biol.*, 16(2), 323–333. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2010.00236.x>.
89. Reyes, W., & Trujillo, O. (1999). Intento suicida del anciano en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(5), 509–515.
90. Rodriguez, L., Herrera, V., Gonzáles, S., Chang, Y., Gutiérrez, A., & Noguera, R. (2009a). Violencia intrafamiliar oculta en las mujeres de mediana edad y en las ancianas. *Bioética*, 19–24. Retrieved from <http://cbioetica.org/revista/51/511924.pdf>
91. Rodriguez, L., Herrera, V., Gonzáles, S., Chang, Y., Gutiérrez, A., & Noguera, R. (2009b). Violencia intrafamiliar oculta en las mujeres de mediana edad y en las ancianas. *Bioética*, 19–24.
92. Rusac, S. (2015). Elderly Abuse and Alcohol Consumption. *Coll Antropol.*, 39(4), 869–875.
93. Sadi, A. (2012). Consumo de Alcohol en los Adultos Mayores. *Sociedad Argentina de Gerontología Y Geriatria*, 1–56.
94. Saiz, P., Portilla, M., Paredes, M., Bascarán, M., & Bobes, J. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, 14, 387–403.

95. Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Feliu, A., Rando-Matos, Y., Formiga, F., & Rojas-Farreras. (2013). Depresión en ancianos : prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39(7), 354–360.
96. Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Ángela, S.-C., & Garzón-Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev. Salud Pública*, 17(2), 184–194.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295> Riesgo
97. Serra, J., & Irizarry, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico. *Acta Colomb. Psicol.*, 18(1), 125–134. <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>
98. Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125–134.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>
99. Silva-Fhon, J. R., Del Río-Suarez, A. D., Motta-Herrera, S. N., Fabricio-Wehbe, S. C. C., & Partezani-Rodrigues, R. A. (2015). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. *Revista Facultad de Medicina*, 63(3), 367–375.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44743>
100. Solís, L. R., Vélez, A., & Berumen, D. (2000). Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(3), 38–45.
101. Tarazona, R. (2012). *Los rostros de Cristo que nos cuestionan: Ancianos abandonados y niños con sida, tbc.* (Cáritas, Ed.). Lima.
102. Taurino, D., Curcio, C. L., Alvarado, B., Zunzunegui, M., & Guerra, R. (2015). La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina : el Estudio IMIAS. *Rev Panam Salud Pública*, 37(5), 293–300.
103. Tejada, P. A., Jaramillo, L. E., Sánchez Pedraza, R., & Sharma, V. (2014). Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Revista de La Facultad de Medicina*, 62(1), 101–110.

104. Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 33(2), 342.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
105. Torrejón, R. (2015). *Nivel de depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano Señor de Los Milagros, Chachapoyas, 2015*. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.
106. Torres, M. P. L. (2014). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral SJM-VMT 2014*. Universidad nacional Mayor de san marcos- facultad de medicina. Universidad nacional Mayor de San Marcos.
107. UNFPA. (2011). Estado de la Población Mundial 2011. Retrieved January 2, 2016, from <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2011-Summary.pdf2>
108. UNFPA. (2012). *El Bono Demográfico Regional en el Perú*.
109. Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos Y Tratamiento a Finales Del Siglo Xx. *Psicología Conductual*, 8(3), 417–449.
110. Viviano, T. (2008). *Maltrato en el hogar a personas adultas mayores*. (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social-MIMDES, Ed.) (Primera). Lima.
111. Zavala, G., Núñez, R., Chavarría, R., Ochoa, L., Suazo, N., Morales, R., & Espinoza, M. (2011). Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle. *Rev.Fac.Cienc.Méd.*, (Jun-Dic), 9–22.

ANEXOS

Anexo 01. Cuestionario PHQ-9

PHQ-9: Lista de verificación de nueve síntomas

Nombre del paciente _____

Fecha _____

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
--	--------------	--------------------	------------------------------------	----------------------------

 - a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.
 - b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.
 - c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.
 - d. Se siente cansado o tiene poca energía.
 - e. Tiene poco o excesivo apetito.
 - f. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.
 - g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.
 - h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.
 - i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
--	--------------	--------------------	------------------------------------	----------------------------
2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
---------------------	------------------------	--------------------	-------------------------------

Derechos de propiedad intelectual de Pfizer Inc., pero se puede fotocopiar a voluntad

Anexo 02. Edad de la población adulta mayor por sexo. ENDES 2014-2015

